

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N°

83

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucien-Pierre DAVID

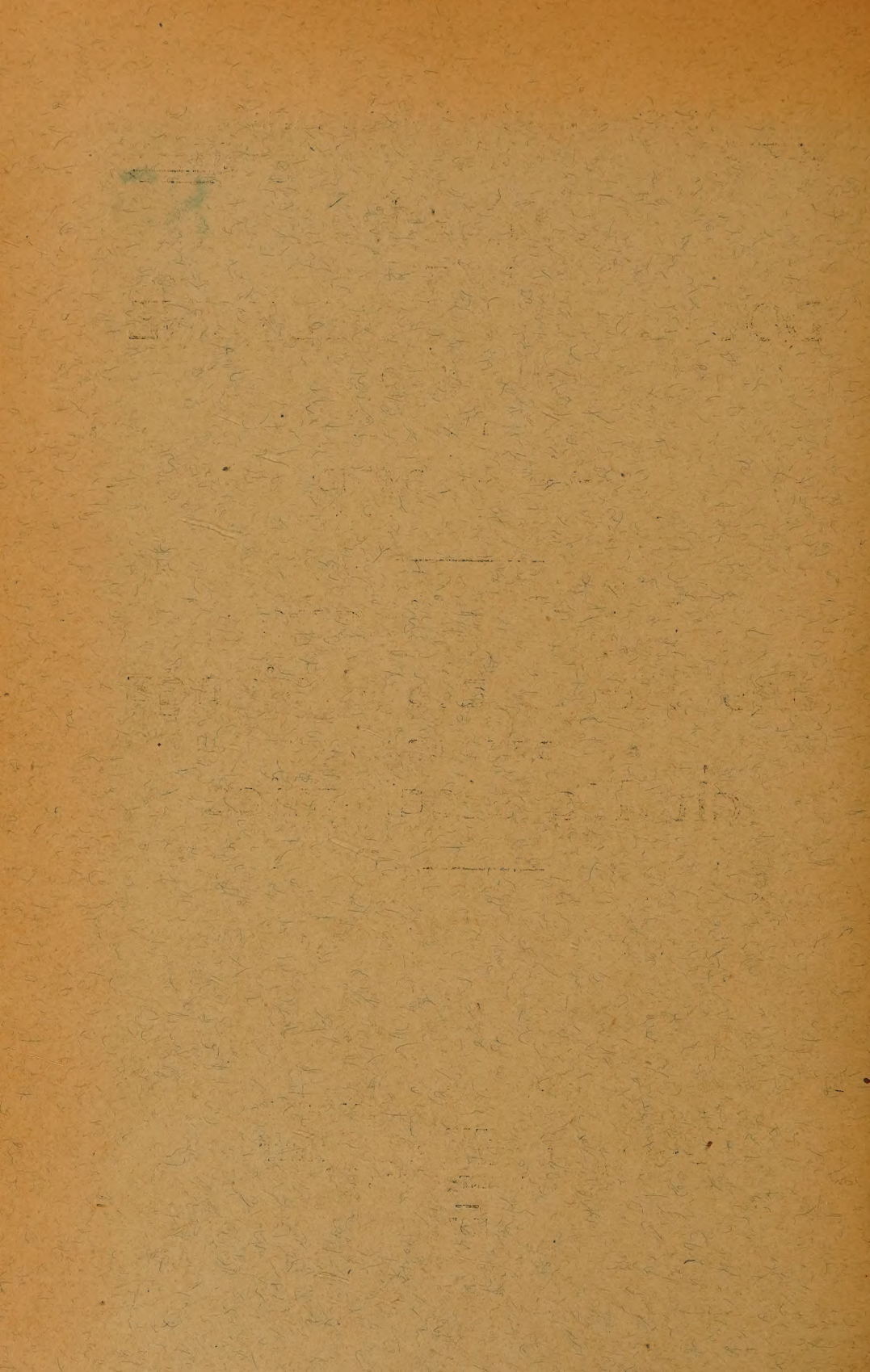
Né le 23 août 1910, à Paris

Étude critique
des Résultats éloignés
DANS LES
cholécystectomies

Président : M. CUNEO, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1937



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N° _____

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Lucien-Pierre DAVID

Né le 23 août 1910, à Paris

Étude critique
des Résultats éloignés
DANS LES
cholécystectomies

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1937

L — PROFESSEURS

LE DOYEN G. ROUSSY

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaîne	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LACOMME	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LANTUEJOL	Obstétrique.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgic.
BULLIARD	Histologie.	MII J. LEVY.....	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	OBERLING	Anat. pathologique.
GASTINEL	Bactériologie.	PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgic.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	PORTES	Obstétrique.
GAYET	Physiologie.	RENARD	Ophthalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHET	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SANNIE	Chimie biologique.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	SENEQUE	Pathologie chirurgic
HAZARD	Pharmacologie.	TROISIER	Pathol. expérimentale
HUGUENIN	Anat. pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	VIGNES	Obstétrique.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anat. pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCC	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
PASTEUR-VALLERY- RADOT		VELTER	
SEZARY		ECALLE	
		GUENIOT	
		LE LORIER	
		LEVY-SOLAL	
		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DU MEME AUTEUR :

Fistule uretéro-sigmoïdienne décelée par l'uretéro-pyélographie rétrograde (en collaboration avec le Dr. P. BROcq).

Bulletin et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie. Séance du 11 Mars 1936, p. 342.

Du danger des manœuvres intra-utérines dans les hémorragies secondaires des suites de couches (en collaboration avec le Dr. L. DEVRAIGNE et A. COEN).

La Médecine, Avril 1936.

Les accidents de la ligamentopexie de Doleris et les moyens de les éviter (en collaboration avec R. PALMER).

La Gynécologie, Mars 1936.

A propos d'un cas de douleur tardive élevée au cours d'une rupture de grossesse ectopique.

La Semaine des Hôpitaux de Paris. 15 Janvier 1936.

Conduite à tenir en présence d'une contusion de l'abdomen.

L'Eure Médicale, Mars 1936.

Persistence du cloaque et malformations multiples chez un nouveau-né proche du terme (en collaboration avec le Dr. L. DEVRAIGNE et A. COEN). A paraître.

Classification et étude clinique des fractures de la base du premier métacarpien (en collaboration avec le Dr. G. Küss). En préparation.

*
**

Etude clinique et thérapeutique des fractures fermées de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Gazette des Hôpitaux, Mai 1932, Nos 39 et 41.

Luxations récidivantes de l'épaule.

Gazette des Hôpitaux, 25 Février 1933.

Abcès sous-phréniques.

Gazette des Hôpitaux, Novembre 1933, Nos 90-92.

La synovectomie du genou. Etude histologique, indications, technique et résultats (en collaboration avec H.-P. KLOTZ).
Gazette des Hôpitaux, Octobre 1934, N^{os} 84 et 86.

Lithiase Cholédocienne, Etude clinique et thérapeutique.
L'Avenir Médical, 1936.

Examen clinique d'un coude traumatisé.
L'Avenir Médical. A paraître.

*
* *

Pancréatite aiguë hémorragique.
La Science Médicale Pratique, 1^{er} Novembre 1936.

Anatomie de l'articulation de l'épaule (en collaboration avec Fr. CABY).
La Science Médicale Pratique, 1^{er} Février 1936.

Fracture du Calcanéum.
L'Hôpital, Février 1936, A et B.

Calculs de la Vessie.
Gazette des Hôpitaux. A paraître.

Cancer de la lèvre inférieure.
Gazette des Hôpitaux, Novembre 1936, N^o 90.

Anatomie du nerf spinal.
Gazette des Hôpitaux, 1936, N^{os} 74, 76, 78.

Abcès rétropharyngien.
Gazette des Hôpitaux, 1936, N^o 102.

Torticolis.
Gazette des Hôpitaux, 1936, N^o 104.

Gangrène par artérite des membres inférieurs.
Le Jeune Médecin, 1935, N^o 85.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Mort au champ d'honneur.

A MA MÈRE

Je lui dois tout : il n'est pas de mots suffisants pour lui exprimer ma reconnaissance, mon admiration, mon affection.

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

AUX MIENS — A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR CUNÉO
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel Dieu 7

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR ROBERT PROUST

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. DESMAREST

Chirurgien de l'Hôpital Ambroise Paré

*Il m'a inspiré ce travail et guidé dans
sa réalisation. Qu'il trouve ici une fai-
ble expression de ma respectueuse af-
fection et aussi de ma reconnaissance
pour ses précieux enseignements.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR LOUIS DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

En témoignage de ma profonde et respectueuse affection.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR LOUIS HOUDARD

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de mon grand attachement.

A MON MAITRE
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BROCC

*En témoignage de ma gratitude et de
mon profond respect.*

A MON MAITRE
M. LE DOCTEUR GEORGES KUSS
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

*Il m'a toujours prodigué les marques
d'une paternelle affection. Qu'il me
permette de lui exprimer les sentiments
de ma vive gratitude et de mon attachement.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR H. ROUVIÈRE

Professeur d'Anatomie à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR A. HOVELACQUE

Chef des Travaux Anatomiques à la Faculté

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE : 1929.

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET
M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON
M. LE PROFESSEUR R. DEBRÉ

EXTERNAT :

1930. M. LE PROFESSEUR R. PROUST
(*in memoriam*)
1931. M. LE DOCTEUR WEISSENBAACH

INTERNAT :

1931. M. LE DOCTEUR G. KUSS
1933. M. LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE
M. LE PR. AGRÉGÉ DESMAREST
1934. M. LE DOCTEUR L. HOUDARD
1935. M. LE PROFESSEUR R. PROUST
(*in memoriam*)
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BROCCO
1936. M. LE DOCTEUR G. KUSS

A MES MAÎTRES :

M. LE DOCTEUR M. THALHEIMER
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR A. MAURER
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR J. RAVINA
Accoucheur des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ D. PETIT-DUTAILLIS
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR BASCH
Médecin des Hôpitaux

A MES CONFÉRENCIERS ET AMIS :

LE DOCTEUR J. A. LIEVRE

LE DOCTEUR L. BERGOUIGNAN

INTRODUCTION

Le but de toute intervention chirurgicale est la guérison de l'affection pour laquelle cette intervention a été décidée. La guérison est caractérisée par la disparition immédiate, totale, persistante, des symptômes tant fonctionnels que généraux présentés par le sujet avant l'opération.

Ne peuvent, dans n'importe quelle intervention, être considérées comme bonnes que les suites qui parviennent à ce résultat.

C'est de cette façon qu'il faut envisager les suites de la cholécystectomie et que nous les envisagerons.

Depuis quelques années, tant en France qu'à l'étranger, de nombreux travaux ont paru sur cette question.

Dans les uns, ce sont les suites immédiates qui ont surtout préoccupé les auteurs, et leurs études, par suite, se ramènent, soit à donner une précision plus grande des soins post-opératoires nécessaires, soit à modifier des détails techniques tendant à éviter certains incidents particuliers de la période post-opératoire.

Ce côté de la question ne nous intéressera aucunement ici. Il se rattache en effet bien plus à l'acte chirurgical en lui-même qu'à son but.

Dans les autres sont étudiées les suites éloignées.

Bref, est dressé le bilan de la cholécystectomie, considérée non plus comme acte opératoire, mais comme moyen thérapeutique.

D'un écrit à l'autre, la valeur de ces suites tardives varie de façon impressionnante — et qui ne lirait que l'un ou l'autre risquerait d'avoir une opinion fausse, exagérément enthousiaste ou par trop pessimiste — d'en élargir ou d'en restreindre par suite au maximum les indications.

D'autres auteurs, s'attachant à la réalité des faits, ont analysé de plus près les résultats, ont montré en particulier leur variabilité en rapport avec les indications opératoires.

Ils se sont de plus astreints à une analyse très minutieuse des séquelles que pouvaient présenter leurs malades pour apprécier des degrés dans la guérison. C'est en ce point que leurs conclusions risquent de manquer de rigueur. Si en effet les cas de guérison totale ne prêtent pas à discussion, les cas seulement améliorés sont bien plus délicats à classer. Leur appréciation repose en effet :

— au minimum sur des signes physiques objectifs ;

— au maximum sur des signes purement subjectifs :

— les dires du malade ;

— les impressions de l'opérateur.

Notre but dans ce travail sera :

1° D'étudier quels sont les éléments habituels sur

lesquels on s'appuie pour décider l'intervention ; d'apprécier la valeur de chacun de ces éléments ; de préciser ceux qui doivent seuls entraîner une indication opératoire formelle : car la guérison, comme on pourrait le déduire par la simple logique et comme on peut en conclure d'après les innombrables observations publiées ne peut être acquise que par une intervention raisonnée, dirigée sur la cause de la maladie.

2° De voir quelles sont, suivant les tableaux cliniques et les constatations anatomiques qui ont amené à l'intervention, les résultats éloignés de cette intervention.

3° De dresser un bilan des résultats éloignés et de montrer alors :

— que les insuccès complets peuvent être évités, car ils sont liés à des indications mal posées ;

— que la guérison totale doit au contraire être l'aboutissant normal d'indications rigoureuses.

4° De reprendre les raisons qu'ont donné les auteurs des échecs ou des succès incomplets, et d'en apprécier la valeur.

5° Enfin de mettre en valeur à propos de ces suites de la cholécystectomie le rôle considérable et jusque-là trop peu étudié du terrain en chirurgie.

CE QUE SONT LES ELEMENTS CLINIQUES DU DIAGNOSTIC DES CHOLECYSTITES

Ces symptômes sont de deux ordres :

- I. — Signes fonctionnels.
- II. — Signes physiques.

Les premiers comprennent :

- a) la douleur spontanée ;
- b) l'ictère ;
- c) les troubles digestifs.

Les seconds :

- a) la douleur provoquée ;
- b) la cholécystographie ;
- c) le tubage.

Nous étudierons chacun d'eux en nous efforçant d'apprécier la valeur qui doit lui être accordée dans l'établissement du diagnostic des cholécystites.

I. — SIGNES FONCTIONNELS

a) *La douleur spontanée*

Le signe fonctionnel le plus fréquent — celui qui, presque toujours, a attiré vers la vésicule, celui qui presque toujours par sa localisation et son type a amené à l'intervention — est-il un signe de valeur ? Nous ne le croyons pas et nous voulons, par les critiques suivantes, appuyer notre affirmation.

Tout d'abord la douleur, par ses caractères, ne peut permettre d'affirmer la nature même d'une lésion vésiculaire. Que la cholécystite chronique soit lithiasique ou non, le caractère de la douleur révélatrice n'en sera pas modifié le plus souvent. Nous verrons donc lorsque plus loin nous serons amenés à discuter de l'opportunité de la cholécystectomie dans les cholécystites chroniques non calculeuses que cette première lacune dans l'apport du symptôme douleur est d'importance.

Les petits signes autrefois décrits comme spécifiques de la lithiase biliaire se retrouvent, nous l'avons dit, dans toute cholécystite chronique. C'est pourquoi, avec les auteurs modernes, nous étudierons les manifestations douloureuses attribuées à la cholécystite chronique sans présumer de la nature

lithiasique ou inflammatoire pure de cette cholécystite.

Dans sa forme la plus typique, la douleur réalise la *crise vésiculaire*, qui s'apparente de très près à la colique hépatique — mais avec un caractère presque toujours un peu atténué.

Le début est brusque, la douleur très vive atteint très rapidement ou même d'emblée son acmé. C'est une sensation de torsion, de déchirement. Mais bien souvent aussi, c'est une douleur moins intense. Sur un fond continu se détachent des paroxysmes douloureux. Le siège général est l'hypocondre droit — mais avec presque toujours un maximum au niveau de la zone vésiculaire. Cette douleur présente enfin des irradiations assez caractéristiques : douleurs en hémi ceinture droite, douleurs ascendantes vers le sternum, vers l'épaule droite, vers l'omoplate, la région interscapulaire, le cou, la nuque.

A noter de plus que cette douleur s'accompagne de phénomènes nauséux — qu'elle peut s'intriquer avec une suite de signes d'allure gastro-duodénale, qu'enfin elle peut paraître en rapport avec l'alimentation. En voici un exemple très caractéristique :

Mme Fro..., 38 ans, est admise le 21 avril 1931 à l'hôpital Ambroise-Paré pour douleurs de l'hypocondre droit. Début il y a 6 ans. Il s'agit de douleurs brusques d'apparition, siégeant au niveau de l'extrémité antérieure de la 10^e côte, irradiant vers le dos, sous la pointe de l'omoplate et vers l'épaule droite. D'autres fois en hémiceinture droite. Elles s'accompagnent de nausées extrêmement violentes. Jusqu'à il y a trois mois, 10

crises environ. Dans l'intervalle, la malade se plaint seulement 3 à 4 heures après les repas, d'aigreur, de barre épigastrique, de ballonnement. Il y a 3 mois : colique plus violente qu'aucune autre et qui apparut à 11 heures du soir, dura jusqu'au matin, s'accompagnant de vomissements bilieux abondants. Il y a un mois, colique de même allure.

Alternatives de diarrhée et de constipation.

Tel est le tableau de la douleur vésiculaire dans la forme la plus typique. La survenue d'un tel symptôme oriente indiscutablement vers la zone hépatique mais :

a) il peut être difficile d'affirmer que la douleur est bien d'origine vésiculaire ;

b) il est, par sa seule étude, impossible de déterminer la cause de cette douleur vésiculaire.

a) Il suffit que le tableau s'écarte un peu de la crise typique avec douleur et vomissements — pour se rapprocher de tableaux trompeurs d'allure gastro-duodénale et que nous allons plus loin décrire, pour que l'affirmation d'origine soit moins nette. Dans bien des cas, en effet, c'est à l'heure fixe pour un même malade que se déclanche la crise douloureuse. Celle-ci paraît donc nettement déterminée et rythmée par l'alimentation. Il semble que l'on puisse expliquer cet horaire fixe digestif par le phénomène de la chasse biliaire post-prandiale. Mais comment cliniquement ne pas le croire bien souvent lié à des phénomènes gastro-duodénaux — et si l'on ajoute que le siège de la douleur est souvent bien plus épi-

gastrique que cystique, si l'on conçoit que l'association de phénomènes nauséux ou de vomissement symptôme commun des affections de la région peut aiguiller encore plus vers une voie fausse — combien facilement on comprend que l'erreur menace à chaque pas : signes gastro-duodénaux pris pour des signes vésiculaires ou inversement — intervention par suite sans indications bien formelles à suites bien incertaines.

b) Mais surtout, crise de coliques hépatiques ne veut pas dire forcément crise d'origine vésiculaire.

Les observations sont de plus en plus nombreuses qui montrent que la crise hépatique peut être réalisée en dehors de toute lésion vésiculaire, et même mieux, après cholécystectomie. Nous n'en rappellerons comme exemple que les observations typiques récemment publiées par Jahiel. Cet auteur les a considérées d'ailleurs comme intéressantes à un autre point de vue et avec lui, nous les reprendrons plus loin sous cet angle. Nous n'en tirerons ici que ce qui peut mettre en brèche la valeur du symptôme douleur.

Chez des malades cholécystectomisées on a vu réapparaître les mêmes douleurs à type de colique hépatique que celles qui avaient amené à l'intervention. Chez certaines même, l'intensité des signes avait entraîné une réintervention : au cours de celle-ci, rien d'anormal ne fut découvert, dans les suites de celle-ci, rien ne fut amélioré. Il est donc légi-

time d'admettre que la colique hépatique peut n'avoir qu'un substratum hépatique. Il est assez rare d'ailleurs que ces crises purement hépatiques surviennent en dehors de sujets primitivement sensibilisés et par suite particulièrement réceptifs. C'est là l'influence de plus en plus indéniable du terrain et aussi le rôle de certaines anaphylaxies. C'est le point que Jahiel a voulu surtout mettre en valeur, c'est celui que nous reprendrons ultérieurement.

Ainsi donc, dans sa forme la plus schématique, la douleur peut être trompeuse. Que dire alors de sa valeur lorsqu'elle revêt des allures d'emprunt ?

Il est habituel en effet que les phénomènes douloureux — bien plus souvent qu'ils ne revêtent le type de la colique hépatique présentent celui des crises douloureuses de voisinage — et il est de règle de décrire en dehors du tableau assez typique que nous venons d'étudier d'autres manifestations douloureuses de la cholécystite, celles-ci bien plus trompeuses, et on a décrit (Laffitte Carrié) :

1) des crises douloureuses du type de la dyspepsie hypersthénique ;

2) des crises douloureuses précoces ;

3) des symptômes d'une dyspepsie douloureuse sans caractères nets.

L'énoncé même de ces types fait imaginer d'emblée les confusions possibles.

1) *Crises douloureuses*
du type de la dyspepsie hypersthénique.

Il s'agit alors de douleurs qui paraissent nettement liées à l'alimentation et rythmées par elle.

Elles surviennent 3 à 4 heures après le repas régulièrement. Ce sont des brûlures, des crampes ; elles sont calmées par les alcalins ou les aliments. Un vomissement d'hypersecrétion y peut mettre fin. Des fringales, des faims douloureuses et impérieuses sont fréquentes (Gilbert). L'évolution générale enfin se fait par périodes douloureuses suivies de longues périodes de trêve.

Mme Cog..., 41 ans, est hospitalisée le 11 mai 1926. Le début des troubles qu'elle accuse remonte aux premiers jours de février 1926. A partir de cette période elle a vu s'installer un tableau complexe de troubles digestifs d'allure gastro-duodénale : digestions lentes, pénibles, sensation de pesanteur ou de crampes épigastriques, malaise général, état nauséux et de temps en temps vomissements. Sur ce fond se détachent de temps en temps des crises douloureuses beaucoup plus vives de la région épigastrique, qui paraissent nettement rythmées par les repas, survenant toujours 4 à 5 heures après eux. La douleur est uniquement épigastrique sans irradiations. Très fréquemment sensation de faim douloureuse, évolution générale enfin par alternances de phases de troubles et de phases d'acalmie.

Remémorons-nous les signes d'ulcère du pylore, ceux de l'ulcère du duodénum. Si nous voulions décrire cette affection, quels symptômes devrions-

nous lui attribuer ? Ceux que nous venons de décrire comme liés à la lithiase. C'est dire la faillite cette fois à peu près totale du symptôme douleur.

2) *Des crises douloureuses précoces.*

Ce sont des douleurs moins nettes — plus sensation de malaise général — survenant soit tout de suite après le repas, soit même au cours du repas. Ces symptômes ont été rattachés à des phénomènes d'ordre sympathique (F. Ramond, P.-A. Carrié) et nous verrons plus longuement en un chapitre ultérieur, l'importance des sympathalgies abdominales et le rôle considérable qu'il faut leur attribuer dans l'appréciation et des symptômes des cholécystites et des suites de cholécystectomies. Là encore il est bien difficile d'affirmer l'origine vésiculaire de tels signes fonctionnels.

3) *Des symptômes dyspeptiques sans caractères nets* (Laffitte-Carrié)

Et le seul énoncé de ce chapitre nous évitera de l'étudier plus avant. On conçoit l'extrême difficulté de rattacher ces signes vagues à leur origine vraie.

Mme D..., 68 ans, est hospitalisée le 24 janvier 1934 à l'hôpital Ambroise-Paré. Depuis 8 ans elle se plaint de digestions pénibles, de pesanteurs douloureuses épigastriques survenant quelques heures après le repas.

Il est encore des cholécystites à tableau douloureux nettement aberrant :

Mme Du..., 34 ans, est hospitalisée en décembre 1934 à l'hôpital Ambroise-Paré pour douleurs de la fosse iliaque droite et vomissements.

Mme Bi..., 41 ans, est admise en février 1936 à l'occasion d'une crise douloureuse lombaire droite avec élévation assez marquée de la température et frissons.

Enfin il existe des lithiases sans douleur. Dans certaines, la preuve de la lithiasè est faite par les autres éléments de diagnostic que nous verrons plus loin. Une image radiologique typique affirme une calculose vésiculaire parfaitement indolore et par suite jusque-là méconnue.

Mme Jo..., 59 ans, entre à l'hôpital le 27 juin 1929 pour des troubles digestifs vagues datant de fin 1928 : digestions lentes, sensation de barre épigastrique. Jamais de vomissements, jamais de douleur.

Le tubage et la radiographie affirment l'exclusion vésiculaire. L'intervention montre une grosse vésicule complètement exclue par un gros calcul incrusté dans le cystique.

Dans d'autres cas, la douleur apparaît très tardivement, révèle une lithiasè jusqu'ici méconnue. La lithiasè existait indiscutablement depuis longtemps. L'organisme jusque-là n'avait pas réagi. Il faut, dans ces cas, insister sur le rôle très fréquent d'un facteur humoral particulier. C'est, en effet, presque toujours à l'occasion d'une modification du

cycle menstruel : grossesse, ménopause, qu'apparaît la douleur révélatrice. Dans certains cas inverses, les douleurs typiques vésiculaires furent, au contraire, guéries par la ménopause. Il existe donc une interdépendance indiscutable entre la fonction ovarienne et la fonction hépatique. Le terrain de la malade apparaît comme sensibilisé par la fonction ovarienne.

Mme Be..., 27 ans, présente en mars 1925, au premier mois d'une grossesse, une crise de colique hépatique typique. Depuis son accouchement jusqu'à la date de l'intervention, 2 avril 1927, elle se plaint à chaque période menstruelle de pesanteurs douloureuses de l'hypocondre droit avec subictère. De temps en temps, à ces mêmes périodes, c'est une crise vésiculaire telle que la colique initiale.

Mme D..., 34 ans, est parfaitement bien réglée, jusqu'à 31 ans, âge auquel, sans cause déterminable, ses règles s'arrêtent. Très bien portante jusque là, elle voit apparaître peu après cet arrêt des règles les crises douloureuses qui vont amener au diagnostic de cholécystite et à la cholécystectomie.

Tel est le *symptôme douleur*. En résumé :

En dehors d'une forme assez spéciale, la colique vésiculaire, les aspects autres que cette douleur peut revêtir bien fréquemment, risquent de guider vers une affection ulcéreuse gastro-duodénale ou vers une dyspepsie banale.

Lors même que la douleur est rattachée à son origine hépato-biliaire :

— elle peut représenter la souffrance du parenchyme hépatique, sa réponse à un dysfonctionnement biliaire ;

— elle ne présente aucun caractère différentiel valable suivant la nature de la cholécystite.

Enfin, son intensité est essentiellement variable d'un sujet à un autre — et ces variantes sont, nous le verrons, des éléments considérables d'appréciation du terrain du malade.

b) *L'ictère.*

C'est un symptôme de valeur minime.

Il est *tout à fait inconstant* : son absence ne peut donc jamais faire éliminer le diagnostic de cholécystite.

Il traduit *le plus souvent* une poussée légère d'hépatite ; sa constatation n'apporte donc pas d'aide certaine au diagnostic de cholécystite.

Sans donc nous y attarder plus longtemps, nous ne ferons que rappeler les divers aspects qu'il peut revêtir dans les rares cas où on le constate :

— Poussées répétées d'ictère survenant associée à des épisodes douloureux particulièrement accentués.

— Ictère, accident isolé et fugace, au cours de l'évolution d'une cholécystite depuis très longtemps suivie.

— Ictère franc, subictère très discret.

Et ces types si divers, si distants les uns des autres qu'il peut emprunter lorsqu'il existe rendent très délicate son interprétation et contribuent encore à diminuer sa valeur.

c) *Troubles intestinaux.*

L'association de troubles vésiculaires et de troubles d'origine entérique est quasi-constante.

Il est des cas où l'interrogatoire peut préciser nettement l'ordre d'apparition des signes vésiculaires et intestinaux. La fréquence plus grande des observations où les phénomènes intestinaux ont précédé les signes vésiculaires (une cicatrice d'appendicectomie en est souvent témoin) est, pour certains, la preuve du rôle de l'infection intestinale dans l'étiologie des cholécystites — et l'on a pu parler (Brulé) d'un syndrome entéro-hépatique, ou mieux ici, d'un syndrome entéro-vésiculaire.

Ces symptômes intestinaux sont le plus souvent sans caractères bien nets. Ils risquent, lorsqu'ils prédominent, et c'est le cas fréquent, de gêner le diagnostic plus que de guider vers lui. Constipation simple habituelle, débâcles diarrhéiques, coliques et selles post-prandiales, matières non moulées. Endolorissement ou douleur vraie au niveau de la fosse iliaque droite, le long du cadre colique. Tels sont ces signes. Ils n'ont donc de valeur que lorsqu'ils

s'associent à d'autres symptômes de la zone vésiculaire ; et encore, nous avons vu plus haut la rareté de la crise douloureuse typique, la fréquence des manifestations pseudo-digestives.

Le troisième des S. F. classiques se montre lui aussi déficient : il n'a rien de spécifiquement vésiculaire.

* * *

Ainsi, douleur, ictère, troubles intestinaux constituent les piliers du tableau fonctionnel des cholécystites et pourtant nous avons vu combien est difficile leur interprétation. Lorsque se groupent en un syndrome les types les plus caractéristiques de chacun de ces signes, on peut être amené au diagnostic de cholécystite — mais sans cependant que, sur ces seuls signes fonctionnels, on puisse l'affirmer.

Lorsqu'au contraire ces signes révèlent des allures trompeuses où apparaissent comme isolés, toutes les erreurs sont possibles — et là encore, même si l'impression clinique et l'expérience personnelle mènent vers la vésicule, le diagnostic ne peut s'affirmer — l'intervention ne peut donc se décider. D'autres appuis sont nécessaires et nous allons les trouver dans l'étude des signes physiques.

II. — SIGNES PHYSIQUES

a) *La douleur provoquée.*

Soit douleur provoquée au siège vésiculaire, soit douleur provoquée à distance. C'est naturellement la première qui a le plus d'intérêt car elle révèle indiscutablement l'origine vésiculaire, tandis que la seconde n'éveille que des irradiations classiques, mais inconstantes.

Pour que la constatation d'une douleur vésiculaire prenne toute son importance, et cette importance est considérable, il faut que la recherche du symptôme soit très minutieusement conduite.

En dehors des cas, rares dans la lithiase vésiculaire, où l'on palpe sous la paroi la masse piriforme d'une vésicule distendue et douloureuse, il faut aller, dans la profondeur interroger la vésicule, en se basant sur les repères anatomiques de sa projection. Celle-ci se fait dans l'angle d'union du rebord costal droit et du bord externe du muscle droit correspondant et, sur cette même ligne, un peu au-dessus du rebord costal. Un bref souvenir anatomique fait bien comprendre que la proximité duodénale risquera de laisser une douleur provoquée sans étiquette clinique précise — ou au contraire une étiquette fausse.

Pour éviter cet écueil, il faut s'efforcer d'aller chercher la douleur très haut, là où elle a toute chance d'être vésiculaire, à la face profonde de la glande hépatique.

C'est ce que réalisent :

- la pesée à double orientation, verticale et horizontale (Enriquez-Carrié) ;
- la manœuvre de Murphy.

Décrire ici ces manœuvres bien connues serait nous écarter de notre plan où nous n'avons en vue que l'étude de la valeur de chaque symptôme dans l'établissement du diagnostic.

Lorsque, recherchée de cette façon rigoureuse, la douleur est nette, elle est presque indiscutablement vésiculaire, et elle est alors d'une grosse valeur diagnostique. Mais, là encore, entendons-nous bien : elle traduit une atteinte vésiculaire, mais n'en précise pas la nature : il est des vésicules aux parois légèrement inflammatoires, ne contenant aucun calcul, réalisant sans trouble leur rôle physiologique, qui sont extrêmement douloureuses. Il en est d'autres, au contraire, qui, malgré l'énormité des lésions anatomiques, le trouble ou la disparition de leurs fonctions sont indolores ou presque.

Evidemment, dans ces cas si dissemblables, la thérapeutique devra, pour être logique, être bien différente. C'est dire que la douleur provoquée, si elle est d'un intérêt capital puisqu'elle précise une

origine vésiculaire des S. F. accusés par le malade, ne peut avoir, d'une façon formelle, que ce rôle de localisation. Elle est un élément important de l'indication opératoire. *Mais elle ne peut et ne doit jamais suffire à déterminer d'avance ce que sera l'intervention.*

En dehors du point cystique, d'autres localisations douloureuses sont à rechercher. Nous n'en reprendrons pas ici l'énumération fastidieuse parce que trop connue. Nous insisterons seulement sur le peu de valeur qu'ils revêtent lorsqu'ils ne sont pas groupés en nombre imposant, sur les erreurs qu'ils peuvent susciter lorsqu'ils apparaissent isolés ou en association restreinte, sur le rehaussement d'intérêt au contraire que leur donne la constatation associée d'un point vésiculaire indiscutable.

Telle est, en résumé, la douleur provoquée.

Élément important du diagnostic d'orientation.

Élément à rejeter presque complètement lorsqu'il s'agira de décider de la nature de l'intervention.

b) Cholélocystographie.

C'est à dessein que nous n'étudierons ici que la cholélocystographie, laissant délibérément de côté la radiologie directe de la vésicule — en dehors, en effet, des cas où cet examen révèle l'existence de cal-

culs, il n'est d'aucun secours véritable dans l'établissement du diagnostic. Quant aux signes de voisinage, *symptômes extra-vésiculaires*, tous s'accordent à leur donner une valeur très médiocre, car s'ils montrent bien l'existence d'une perturbation de la région, ils sont assez fréquemment incapables d'en affirmer la nature : syndrome de Holz knecht, syndrome de Barclay, syndrome pylorique, ils sont tous constitués de signes gastro-duodénaux. Il pourra alors être parfois bien difficile de dire à coup sûr que ces signes gastro-duodénaux sont seulement des signes d'emprunt, qu'ils traduisent uniquement la répercussion digestive d'une lésion vésiculaire puisqu'il s'agit d'un dysfonctionnement gastro-duodénal : les images radiologiques seront très voisines. Des incidences diverses d'examen faciliteront et même pourront affirmer le diagnostic, mais surtout l'expérience de l'interpréteur jouera au maximum.

Tout au contraire, l'examen vésiculaire par la méthode de *Graham et Cole* va être l'élément essentiel du diagnostic des cholécystites et aussi le guide sûr des indications opératoires. C'est le premier point d'appui solide que nous trouvons sur notre route avant d'aborder le chapitre du tubage duodénal.

Il est inutile de nous attarder sur la discussion de cette méthode, sa valeur est considérable et incontestée.

Elle permet, en effet, d'étudier la vésicule à un double point de vue :

- a) anatomique ;
- b) physiologique.

a) *Anatomique.*

Normalement, après injection ou ingestion de tétraïode, avec un délai variable suivant la technique employée, la vésicule est visible à l'écran. Elle apparaît comme une ombre d'opacité homogène, piriforme, à grosse extrémité inférieure, à contours absolument réguliers. L'ensemble se projette un peu en dehors de l'image des transverses lombaires, atteignant ou ne dépassant que de peu en bas le niveau de l'apophyse de L₁.

La cholécystographie décelera toute modification de cet état anatomique normal :

— une vésicule non parfaitement injectée, en dehors naturellement d'une erreur dans la technique de l'exploration au tétraïode, est à un degré quelconque pathologique ;

— toute vésicule non injectée (la même réserve que plus haut étant faite) est une vésicule malade.

L'absence d'image vésiculaire peut être due à trois causes :

a) déficience cellulaire hépatique : l'élimination du produit opaque ne se fait pas avec une densité suffisante ;

b) absence de concentration biliaire au niveau

de la vésicule liée à une altération importante des parois de cet organe ;

o) enfin et surtout, présence d'un obstacle sur le cystique ou remplissage plus ou moins complet de la vésicule par des amas calculeux. La bile opaque est arrêtée mécaniquement, soit par une sténose inflammatoire, soit par un calcul, soit par la masse calculeuse : c'est alors la notion capitale de la *vésicule exclue* ; physiologiquement inexistante, la vésicule, comme le montrent bien les constatations opératoires, est rapidement bouleversée anatomiquement de façon irrémédiable ; ce n'est plus qu'un organe inutile et douloureux dont l'exérèse s'impose et sera avec les réserves toutefois qu'il nous faudra faire, réserves liées, nous y insisterons au terrain opératoire, suivie d'un succès total bien prévisible. Une nouvelle preuve de cette indication formelle, l'exclusion vésiculaire, nous la retrouverons par la méthode du tubage duodénal.

L'obstruction du cystique et le comblement de la vésicule par des calculs multiples sont les causes dominantes, et de beaucoup, de la non injection vésiculaire.

Très fréquemment encore, cette non visibilité sera due à l'altération des parois vésiculaires, mais on conçoit bien que pour avoir une répercussion telle, ces altérations viscérales doivent être considérables. C'est dire que là encore, la vésicule étant profondément atteinte physiologiquement et anatomiquement son exérèse s'impose.

Assez exceptionnelle est la déficience hépatique : elle entraînera bien plus souvent une de ces images d'opacité atténuée dont nous avons parlé plus haut, qu'une absence totale d'injection. Rappelons enfin qu'une véritable image lacunaire peut être réalisée par l'image d'un calcul échancrant l'ombre d'une vésicule injectée.

b) *Physiologique.*

L'examen physique de la vésicule injectée permet d'en étudier le mode d'évacuation sous l'influence de l'alimentation, repas gras de Boyden (jaune d'œuf — crème).

Une vésicule saine se contracte et rapidement se vide. Les clichés successifs notent les déformations régulières liées aux ondes de contraction en même temps que le rétrécissement progressif de l'ombre vésiculaire.

Une vésicule pathologique présentera des troubles plus ou moins accentués de cette évacuation provoquée : absence ou faiblesse de contraction, non diminution de l'image vésiculaire sous l'influence du repas, persistance anormale de l'opacité, etc...

On voit donc dans tous les cas l'apport considérable de la cholécystographie dans le diagnostic des cholécystites et aussi dans l'établissement des indications opératoires.

— Négative malgré une technique rigoureuse (et nous employons toujours l'injection intra-veineuse), elle affirme l'exclusion vésiculaire.

— Positive, elle permet par un simple examen d'apprécier l'état vésiculaire, par un examen plus prolongé de voir en quelque sorte « vivre » la vésicule en appréciant les modifications.

de son horaire de réplétion

de son opacité

de son évacuation.

Telle est la cholécystographie. On peut dire à l'heure actuelle qu'elle est, sauf cas d'espèces, indispensable, et que sans elle on n'a pas le droit de décider d'une intervention. Jusque là nous n'avions trouvé que des signes aidant au diagnostic mais sur lesquels il était impossible de baser l'indication d'une cholécystectomie ou même d'apprécier de façon valable le degré d'altération de l'organe. Un deuxième appui solide, nous allons le retrouver dans les résultats du tubage duodénal.

C) Tubage duodénal.

Il permet par l'épreuve de Meltzer Lyon ou par des épreuves similaires : épreuves de Stepp, d'isoler la bile vésiculaire et aussi d'étudier le mode de réponse vésiculaire à l'excitation duodénale.

Normalement la bile B ou bile vésiculaire est assez sombre, visqueuse, très riche en pigments biliaires et on l'obtient aux environs de la vingtième minute qui suit l'injection par la sonde de sulfate de magnésie — et il ne faut pas prendre pour de la bile B certaines variations de coloration des biles A et C. On dit classiquement que la bile B doit, pour être incontestable, différer de la bile primaire au moins du simple au double quant à la teneur en pigments.

On conçoit tout l'intérêt de l'épreuve dans le diagnostic d'une lésion vésiculaire :

1) — La bile B peut être recueillie dans les délais normaux et en abondance normale mais présenter des modifications importantes :

Teinte louche, verdâtre ou noirâtre,

Aspect floconneux,

Consistance visqueuse,

Présence de sang, de pus, de débris épithéliaux,

Présence de calculins,

Abaissement du pH.

tous signes variables dans leur intensité et dans leur mode de groupement mais dont la constatation traduit de façon indiscutable la lésion vésiculaire.

2) — d'autres fois la bile B ne sera obtenue qu'après plusieurs injections de sulfate de magnésie et, malgré cela, en très petite quantité. Elle pourra de plus présenter des altérations du type que nous venons de décrire. Il y a donc là la preuve d'une

diminution fonctionnelle considérable de l'organe et la traduction vraisemblable d'une altération anatomique importante, mais il faut savoir qu'un simple retard de la réponse vasculaire est très difficile à interpréter, car on a insisté sur ce fait que la constitution émotive peut chez certains sujets, et cela pendant un certain temps, bloquer le réflexe duodéno vésiculaire.

3) — Un degré de plus et c'est l'impossibilité d'obtenir de la bile B, la vésicule est *exclue*, et cela pour les raisons que nous avons vues plus haut en étudiant la cholécystographie :

Il ne faut affirmer ce diagnostic d'exclusion si lourd de conséquences opératoires que si l'épreuve a été négative après plusieurs injections de sulfate de magnésie en une même séance et mieux encore, au cours de tentatives successives.

Tels sont les signes habituels des cholécystites chroniques. Nous avons vu la difficulté de leur interprétation, les erreurs que chacun d'eux peut laisser subsister, la valeur relative des signes fonctionnels, la valeur au contraire primordiale des signes physiques seuls objectifs, et sur lesquels on doit s'appuyer essentiellement, pour décider de l'intervention. C'est à dessein que nous disons intervention et non cholécystectomie, car devant ces lésions variables de la vésicule, le traitement à appliquer ne doit pas être unique. Et c'est, nous le verrons, la *tendance de certains à appliquer à toute lésion vésicu-*

laire le traitement radical qui explique les multiples échecs de la cholécystectomie. Mais comment en réalité peut-on parler d'échecs de la cholécystectomie, puisque, dans bien des cas, la cholécystectomie n'est pas indiquée. La persistance des troubles ou leur aggravation vient de ce qu'on a fait une erreur thérapeutique et que l'on a même, par les troubles physiologiques indéniables qu'entraîne l'exérèse d'une vésicule saine, donné au malade une occasion de souffrances supplémentaires.

Nous poursuivrons :

1° En montrant les cas divers devant lesquels peut se poser le problème de l'intervention. Chacun de ces tableaux étant individualisé par un groupement différent des signes que nous venons d'étudier.

2° En exposant : ce que sont les indications logiques indiscutables, celles qui doivent avoir, et l'expérience le confirme, le maximum de résultats heureux,

celles au contraire litigieuses, et dont les résultats prévisibles, seront bien aléatoires et même dans certains cas, franchement mauvais.

CLASSIFICATION PRÉ-OPÉRATOIRE DES CHOLÉCYSTITES CHRONIQUES

On peut individualiser :

a) vésicule exclue ;

b) vésicule non exclue comprenant :

1° Tableaux de cholécystite lithiasique ou non dominés par des signes fonctionnels de grande intensité en discordance avec l'importance minime des signes physiques.

2° cholécystites lithiasiques ou non avec altération plus ou moins considérable du contenu vésiculaire ou des parois.

a) *Vésicule exclue* :

L'organe est mort physiologiquement. Il est indiscutablement la cause des douleurs ou tout au moins l'épine irritative qui les déclanche. L'exérèse s'impose. Elle doit amener avec les réserves faites en un précédent chapitre, la guérison.

b) *Vésicule non exclue* :

1° Les signes fonctionnels, tant douloureux que digestifs, se rattachent assez facilement par leur netteté à la sphère hépatobiliaire et même à la vésicule. Les signes physiques, ceux qui, selon nous font la preuve formelle de la lésion vésiculaire sont au contraire inexistants ou des plus discrets, réduits à des simples troubles d'excrétion vésiculaire (atonie,

hypertonie). L'abdomen ouvert, la vésicule paraît bien proche de la normale.

Il ne s'agit donc en réalité que de troubles fonctionnels légers traduits par une symptomatologie d'une richesse excessive.

La vésicule ne joue pas le rôle essentiel dans le déchaînement des crises. La participation hépatique est de grande fréquence, mais surtout prime, nous le verrons, dans l'ampleur de ces crises, le tempérament propre des malades.

La cholécystectomie dans ces cas est pour nous contre indiquée : aucun trouble ne disparaît. Si une amélioration se produit, elle ne sera que passagère et suivie d'une reprise du syndrome préopératoire. Intervention illogique dans ces cas où la vésicule n'est presque rien, où le terrain est presque tout, elle est vouée à l'échec.

2° Altération de la paroi ou du contenu.

C'est en présence de ces cas que se posent les problèmes les plus difficiles.

Les lésions pariétales sont plus ou moins considérables. Il existe un trouble physiologique partiel que détermine l'examen physique (cholécystographie, tubage). Il y a ou non lithiase vésiculaire.

Faut-il pratiquer la cholécystectomie ?

Faut-il la rejeter ?

C'est pour tâcher d'apporter à cette question litigieuse notre conception personnelle que nous avons voulu revoir un certain nombre de malades cholécystectomisés.

Ce sont les suites tardives prises dans nos observations qui nous permettront de conclure.

Dans tous les cas, notre méthode de travail a été la même. Aucune idée préconçue ne nous a guidés : c'est sur la seule étude des observations que nous nous sommes appuyés. Nos conclusions, c'est cette étude qui nous les a imposées. C'est à dessein que nous n'avons pris qu'un nombre limité de faits bien que nous ayons eu à notre disposition la masse considérable des archives de notre maître, le D^r Desmarest.

Nous n'avons pas voulu faire de ce travail un recueil fastidieux où l'attention s'épuise mais appuyer par quelques exemples typiques nos opinions. Ceci nous a amené :

à supprimer délibérément dans les cas où l'accord de tous se fait, en particulier dans l'étude des vésicules exclues, la masse des documents que nous aurions pu apporter.

à insister parmi tous les cas opérés sur ceux qui nous ont donné des résultats incomplets ou des échecs, afin de préciser les causes de ces cholécystectomies défavorables.

A) Résultats de la cholécystectomie en cas de vésicule exclue.

Anatomiquement, deux types sont à décrire : les vésicules lithiasiques exclues, les vésicules exclues non lithiasiques. De l'un et l'autre type, nous aurion pu multiplier les exemples. L'étude des résul-

tats éloignés de la cholécystectomie dans l'un et l'autre cas montre que, au point de vue clinique, cette distinction ne doit pas être considérée : la qualité des résultats ne varie pas suivant la nature de la cholécystite ; seule compte l'*exclusion vésiculaire*. Lorsque la vésicule est exclue, les résultats de la cholécystectomie sont régulièrement excellents : l'amélioration est toujours considérable ; et dans une proportion considérable des cas, la guérison est totale.

Nous avons pu revoir une trentaine des malades opérés pour vésicule exclue : dans ces trente cas, nous avons pris au hasard de chacun des dossiers, des vésicules lithiasiques exclues, des cholécystites chroniques avec exclusion, des cholécystectomies avec ou sans drainage.

Nous ne perdrons pas de temps à accumuler les observations toujours identiques de succès. Nous insisterons au contraire sur les très rares faits où les résultats n'ont pas été pleinement satisfaisants.

Dans deux cas, nous avons eu un résultat mauvais :

Observation I

Mme Cog..., 41 ans, est hospitalisée le 11 mai 1926. Le début des troubles remonte aux premiers jours de février 1926. A partir de cette période elle a vu s'installer un tableau complexe de troubles digestifs d'allure gastro-duodénale : digestions lentes, pénibles, sensation de pesanteur ou de crampes épigastriques, malaise général, état nauséux et de temps en temps vomissements. Sur ce fond se détachent de temps en temps des crises douloureuses beaucoup plus vives de la région épigas-

trique, qui paraissent nettement rythmées par les repas, survenant toujours 4 à 5 heures après eux. La douleur est uniquement épigastrique sans irradiations. Très fréquemment, sensation de faim douloureuse. Evolution générale enfin par alternances de phases de troubles et de phases d'accalmie.

A l'examen : point douloureux assez net un peu au dessus et en dehors de l'ombilic. Pas de signe de Murphy.

Radiographie : Fonctionnement gastrique normal.

Région pyloroduodénale sensible à la pression.

Image pylorique abrasée sur son côté externe.

Radio après tétraïode : vésicule non visible.

Intervention : 25 mai 1927.

Examen de l'estomac, du pylore, du duodénum : absolument sains.

Vésicule noyée dans des adhérences. Cholécystectomie.

Fermeture sans drainage.

Revue : Mai 1926. Les phénomènes douloureux ont persisté avec les mêmes caractères, la même intensité. Appétit très diminué. Amaigrissement marqué. Alternances de diarrhée et de constipation.

Juin 1929 : Amélioration nette ; en particulier disparition totale des douleurs. Mais nécessité d'un régime sévère au moins écart duquel se déclanchent des troubles dyspeptiques aussi intenses que ceux de la phase pré-opératoire.

Il est difficile d'expliquer de façon certaine un échec si inattendu car toutes les indications de cholécystectomie sur lesquelles nous avons insisté et sur lesquelles nous nous basons, avec les heureux résultats vus plus hauts, étaient là réunies. Toutefois, la lecture du détail de l'observation montre bien que tout au long de son affection, cette malade a présenté, avec des phénomènes douloureux relativement discrets, des signes digestifs au contraire très accentués. Cette prédominance des signes dyspepti-

ques, comme d'ailleurs le résultat bien peu satisfaisant de cette intervention, nous paraît relever d'une participation hépatique plus importante que nous ne l'avions soupçonnée et qui, non améliorée, continue à provoquer ces troubles digestifs si importants. La disparition des douleurs bien que tardive, semble bien justifier l'exérèse d'une vésicule exclue, inutile, véritable épine irritative — enfin — à un autre point de vue — cette observation est encore intéressante : elle montre bien que malgré des adhérences considérables constatées à l'intervention, les phénomènes douloureux ont toujours été peu importants — les troubles mécaniques ont été nuls : aucune gêne de la contraction et de l'évacuation gastrique. Aucune déformation pyloro-duodénale : l'encoche du bord externe de cette zone correspondant à l'image classique de la compression vésiculaire.

Observation II

Mme M..., 39 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 15 février 1934. Le début des troubles remonte à un an. C'est en février 1933 en effet qu'elle accuse au niveau de l'hypocondre droit une douleur sourde, persistante, qui nécessite son hospitalisation à l'Hôtel-Dieu, service du P^r Carnot. Au cours de ce séjour à l'hôpital, elle présente une première crise vésiculaire typique qui dura 2 à 3 jours. Sortie de l'hôpital, elle suit un régime qui l'améliore pendant 7 mois, c'est-à-dire jusqu'en octobre, où apparaît une deuxième crise analogue à la première, mais d'intensité moins vive, de durée moindre. Le 9 janvier, c'est une colique atroce avec agitation, vomissements bilieux abondants, répétés.

A son entrée, l'examen de l'abdomen montre un foie un

peu gros, ptosé, débordant de 3 travers de doigt le rebord costal. La pression à son niveau est douloureuse. Le signe de Murphy n'est pas très net.

Radiographie après tétrajode : vésicule non visible.

Tubage : pas de bile vésiculaire.

A noter dans les antécédents une typhoïde.

Intervention : vésicule blanchâtre ; très épaissie avec de nombreuses adhérences épiploïques et des brides qui l'unissent à la première portion du duodénum. Œdème considérable des parois vésiculaires.

On peut faire cependant une cholécystectomie sous séreuse avec péritonisation. Fermeture sans drainage.

Examen histologique : Infiltration inflammatoire intense de toute la paroi avec par endroits collections presque abcédées, faisant saillie dans la lumière mais encore recouvert d'épithélium.

Revue : 28 juin 1936. A présenté une crise absolument analogue à celles qu'elle avait eues auparavant, trois mois après l'intervention. Actuellement, il persiste une douleur assez vive de l'hypocondre droit. Constipation opiniâtre. La malade ne suit d'ailleurs aucun régime, avoue un penchant très prononcé pour l'alcool. Elle est excessivement nerveuse, émotive.

Radiographie : passage pyloro-duodénal lent à s'amorcer, spasme au niveau du bulbe qui est déformé mais reprend peu à peu sa forme normale dans la position couchée, position dans laquelle le transit s'effectue plus aisément. Pas de douleur notable à la palpation.

Là encore, nous trouvons une persistance des douleurs et des troubles digestifs. Les phénomènes douloureux sont d'ailleurs très nettement améliorés. Quant aux signes dyspeptiques, ils nous apparaissent comme liés à une insuffisance hépatique, conséquence de l'éthylisme avoué de la malade.

Nous notons donc par probité cette observation — mais nous estimons que malgré cette guérison incomplète, la cholécystectomie était formellement indiquée et a été une bonne opération : elle a fait, en effet, cesser les phénomènes douloureux liés à la présence de cette vésicule détruite. La crise hépatique survenue trois mois après l'intervention n'a que peu de valeur : il est assez fréquent de rencontrer de tels accidents fugaces et nous verrons plus loin le rôle qu'il faut attribuer dans leur genèse à la période d'adaptation canaliculaire qui suit toujours la cholécystectomie quelle qu'en soit l'indication.

L'observation suivante est un peu particulière, car elle met en valeur le rôle du terrain sur lequel nous insistons, terrain qui peut indiscutablement modifier dans un sens défavorable les résultats d'une intervention pourtant parfaitement justifiée :

Observation III

Mlle Ber..., 25 ans, bonne d'enfants, est admise à Ambroise-Paré, en octobre 1934 pour crise douloureuse épigastrique violente. Le début de sa maladie remonte à 4 ans.

C'est en effet en 1931 qu'elle présente une première crise douloureuse épigastrique avec vomissements, élévation thermique à 40°. Cette crise dura quelques heures. Elle ne s'accompagna ni ne fut suivie de décoloration des matières, d'hypercoloration des urines, d'ictère. Après un intervalle libre de un an environ, les crises reprurent : bien plus brèves, non fébriles, moins intenses mais de plus en plus rapprochées, elles étaient calmées par la belladone, le régime lacté.

Examen : Point douloureux à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic. On constate en outre : ptose hépatique, gastrique, colique très importantes. Hyperchlorhydrie.

Tubage : pas de bile vésiculaire.

Radiographie après tétraiode : vésicule non injectée.

Durant le temps de son hospitalisation, la malade présentait deux crises épigastriques extrêmement intenses, non caractéristiques.

Intervention : Vésicule absolument vide de bile, contenant toute une série de calculs.

Cholécystectomie sous-séreuse. Fermeture sans drainage.

Revue : Décembre 1936. A été parfaitement bien jusqu'à il y a trois semaines. A ce moment, à l'occasion de *très vives contrariétés*, a fait une crise douloureuse extrêmement vive avec vomissements bilieux. On note de plus le nervosisme extrême de cette malade, l'existence de battements aortiques abdominaux très exagérés.

Cette observation est pour nous, comme nous l'avons annoncé, un exemple de l'importance du terrain : un résultat excellent faisant suite à une intervention logique est brusquement troublé par la réapparition d'une crise hépatique typique, liée à de très fortes perturbations morales. L'évolution, cette crise passée, fut favorable, mais le pronostic, à notre avis, doit être réservé et nous pensons qu'à l'occasion de soucis nouveaux toujours possibles, cette malade est fortement exposée à de nouvelles récurrences passagères.

Dans un assez grand nombre d'observations, enfin, bien que la vésicule soit en principe totalement exclue, l'exérèse se traduit par des troubles du rythme intestinal : constipation et surtout diar-

rhée. Ces phénomènes sont souvent très passagers, d'autres fois plus persistants, mais ils cèdent ou s'atténuent considérablement sous l'influence du régime. L'opérée ne doit donc pas être abandonnée à elle-même : l'acte chirurgical est indispensable, mais il est indispensable aussi qu'il soit suivi d'une surveillance médico-chirurgicale stricte et prolongée. Beaucoup de malades s'abstiennent de tout régime et sont d'emblée parfaitement guéris, mais certains aussi ne bénéficient pas autant qu'ils le devraient d'une intervention justifiée parce qu'ils ne veulent pas comprendre cette fréquente nécessité de la poursuite d'un traitement médical.

Quant aux répercussions particulières possibles du drainage, nous les étudierons plus loin.

En résumé, dans les cas de vésicule exclue, la *cholécystectomie* est formellement indiquée et est une opération excellente. Les quelques troubles qui la peuvent suivre sont négligeables : ils ne sont pas très fréquents. Ils sont en général peu intenses, cèdent au régime. Beaucoup de malades, même ne suivent aucun régime, se portent parfaitement bien et ne présentent ces dysfonctionnements intestinaux que par courtes crises coïncidant avec une phase d'excès. Qu'appellent-ils d'ailleurs un « écart de régime » ? Il est bien des cas où, sous l'influence d'un tel « écart », un sujet normal subirait les mêmes dérèglements.

B) *Résultats de la cholécystectomie
en cas de vésicule non exclue.*

Sachant quelle détestable opération est la cholécystectomie lorsqu'il s'agit d'une vésicule peu malade, dont l'activité physiologique reste considérable, et dont le rôle d'épine irritative est discutable, nous en avons depuis longtemps restreint au minimum dans ces cas les indications. Les interventions ont donc toujours porté sur des vésicules paraissant notablement lésées. C'est donc d'un ensemble d'observations déjà très sélectionnées qu'il nous faudra conclure ; et le fait que nous ayons trouvé même dans ces cas une proportion considérable de résultats non satisfaisants est une preuve très forte de la nécessité de proscrire au maximum, en dehors de l'exclusion vésiculaire, la cholécystectomie.

1° *Cholécystite chronique non calculeuse.*

Sur 20 malades convoquées au hasard, une quinzaine se sont présentées et ont été examinées du point de vue des suites éloignées. Voici tout d'abord six observations dans lesquelles la cholécystectomie fut peu favorable — car nous l'avons dit dès le début — nous ne voulons considérer comme vraiment bons que les cas où la guérison est totale. Beaucoup pourtant se contenteraient de certains de ces résultats — mais nous ne voulons pas avoir à apporter dans l'ex-

pertise des résultats le facteur de notre appréciation personnelle et sur cette appréciation bâtir des degrés de guérison. Seuls les résultats excellents ne se discutent pas.

Voici quelques-unes des malades revues :

Observation I

Mme A..., opérée par un de nos confrères il y a 8 ans, pour troubles dyspeptiques accentués : débâcle diarrhéique, vomissements bilieux, digestions lentes, pénibles, malaises, survenant au moindre écart de régime.

Intervention : 1° Appendicectomie ; 2° cholécystectomie : vésicule adhérente, distendue, se vidant mal. Bile noirâtre.

Fermeture sans drainage.

Suites : Amélioration pendant un an. Mais depuis et malgré un régime extrêmement sévère et plusieurs cures thermales, tous les signes qui avaient amené à l'intervention ont reparu avec la même intensité.

Observation II

Mme Law, 26 ans, mécanicienne, est hospitalisée à Bicêtre le 12 mai 1924 pour crises hépatiques typiques. A l'examen : ic-tère franc. Point douloureux vésiculaire extrêmement vif.

Intervention : 31 mai 1924. Appendicectomie. Cholécystectomie. La vésicule est plus blanche que normalement, fortement tendue ; elle ne s'affaisse que lorsqu'on l'a dégagée. Fermeture sans drainage.

Revue : Novembre 1929. Légère éventration. A continué à souffrir après la première intervention ; à tel point qu'elle a été réopérée en janvier 1928 à l'Hôtel-Dieu. Cette seconde intervention ne l'améliora pas. Un an plus tard, opérée à nouveau pour lithiase rénale. A la suite de cette troisième intervention,

les crises douloureuses furent bien moins intenses, mais persistèrent cependant. La cure de l'éventration améliora encore plus cette malade.

Résumé : Cette observation est un exemple très net des mauvais résultats de la cholécystectomie lorsque les signes fonctionnels intenses ne correspondent qu'à des lésions anatomiques minimales. Une amélioration nette a été obtenue, mais au prix de quelle attente !

Observation III

Bul..., 45 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 27 octobre 1924. Il s'agit d'un ancien opéré de gastro-entérostomie pour ulcère de la petite courbure. Les douleurs persistantes, les troubles digestifs, la présence d'un point douloureux au niveau de la petite courbure, le parfait fonctionnement de la bouche anastomotique à la radioscopie ont fait porter le diagnostic de persistance de l'ulcère.

Intervention : L'ulcère est cicatrisé, la bouche de gastro-entérostomie est parfaitement souple, mais la vésicule est entourée d'adhérences qui la cachent entièrement. Décortication sous-séreuse, double ligature du cystique au catgut, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Revu le 1^{er} juillet 1926. Il se plaint encore de douleurs de la région épigastrique s'accompagnant de quelques régurgitations et de malaise général.

Résumé : Cette observation peut prêter à discussion malgré la constatation opératoire de la guérison de l'ulcère. Il semble cependant qu'il y ait eu une part vésiculaire dans les troubles suivant la pre-

mière intervention. Là encore l'ablation d'une vésicule relativement peu malade n'apporta pas la cessation des douleurs.

Observation IV

Trä..., 28 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 31 mai 1926 pour cholécystite chronique. Le tubage duodénal retire de la bile B épaisse contenant de nombreux cristaux de cholestérine. La radiographie après tétraïode donne l'image d'une très grosse vésicule. Intervention le 16 juin 1926. Incision transversale, libération de la vésicule qui adhère fortement au duodénum, décortication sous-séreuse, ligature de l'artère, péritonisation complète ; à distance sur la face antérieure, il existe une ulcération blanchâtre, cicatrice probable d'un ulcère. Fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. Sort le 29 juin 1926. Revu et réhospitalisé le 13 octobre 1926 pour douleurs gastriques paroxystiques survenant 4 à 5 heures après les repas. Tubage gastrique : hyperchlorhydrie totale, un peu de sang. Radioscopie : probabilité d'ulcère gastrique. Traitement médical. Revue le 30 mai 1929. Plus aucune douleur gastrique, bon appétit, digestion normale, a engraisé de 6 kilos, la région opératoire est souple, non douloureuse, la paroi bonne. Bon résultat final, mais très tardivement obtenu.

Observation V

Bar..., 29 ans, entre à l'hôpital A.-Paré le 4 février 1928 pour cholécystite chronique. Intervention le 25 janvier 1928. Incision transversale, décortication sous-séreuse facile, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Revue en juin 1929. Etat général assez bon. Toutefois, elle doit suivre un régime très strict et prendre régulièrement du sulfate de soude pour éviter de petites crises douloureuses que son médecin attribue à son insuffisance hépatique. L'état local est très bon, la cicatrice est parfaitement souple.

Observation VI

Grä..., 34 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 22 juin 1928. Le tubage duodénal donne une bile A normale, mais pas de bile B. La radiographie après tétraiode donne une image vésiculaire irrégulière. Intervention le 27 juin 1928. Incision transversale, décortication sous-séreuse facile, double surjet péritonéal, fermeture complète de la paroi. Revue en octobre 1929. Bon appétit, bonne digestion, a engraisé de 3 kilos, mais il y a 6 mois crise douloureuse de la région hépatique avec douleurs de l'épaule droite et poussée fébrile.

Observation VII

Mme P..., 33 ans, est hospitalisée en décembre 1935 à l'hôpital Ambroise-Paré. Début il y a trois ans environ par une sensation de douleur persistante, peu intense de la région hépatique qu'exagéraient les fatigues et les efforts. Un traitement médical reste sans effet. Depuis un an les signes se sont modifiés : apparition de crises de colique hépatique qui deviennent de plus en plus fréquentes. Une à deux par mois.

Examen : Endolorissement sous-costal droit.

Tétraiode : Vésicule à peine visible, se vidant mal.

Tubage : Bile B.

Radiographie : Estomac, duodénum : déformation du bulbe qui semble être modelé par la vésicule.

Intervention : Vésicule distendue, à paroi blanchâtre. Aucune adhérence. *Coude du cystique* : on ne peut vider la vésicule malgré des pressions énergiques.

Cholécystectomie sous-séreuse. Fermeture sans drainage.

Revue : 12 juillet 1936. Va très bien, digère très bien. Aucune crise depuis son opération. Toujours très constipée. Très bon résultat opératoire.

Observation VIII

Mme B..., infirmière, est hospitalisée à l'hôpital Ambroise-Paré le 24 mars 1927. Début en mars 1925, au premier mois d'une grossesse par crise de colique hépatique. Répétition des crises après l'accouchement, crises rythmées par la menstruation.

Examen : Un signe de Murphy très net.

Tubage : Bile B trouble contenant de l'albumine, des traces de sang, de nombreuses cellules épithéliales, de nombreux cristaux de cholestérine.

Tétraiode : Vésicule peu opaque, irrégulière, bilobée.

Intervention : 2 avril 1927. Vésicule un peu plus pâle que normalement. Quelques adhérences au niveau du bassinot. Cholécystectomie sous-séreuse. Fermeture sans drainage.

Examen histologique : Vésicule montrant principalement des lésions de péricholécystite fibreuse avec nodules inflammatoires en activité. Paroi vésiculaire discrètement congestive. Muqueuse légèrement hyperplastique.

Revue : Octobre 1928. Etat général excellent. Ne souffre plus du tout.

Observation IX

Mme Lar..., 53 ans, entre le 29 juin 1932 à l'hôpital Ambroise-Paré, envoyée par son médecin qui demande une cholécystectomie. Souffre depuis deux mois, de façon continue, au niveau de l'hypocondre droit. Cette douleur est exacerbée par les repas, la marche, la respiration forte. Depuis 20 ans les digestions sont lentes, pénibles. A eu une typhoïde à l'âge de 17 ans.

Examen : Aucun point douloureux.

Intervention : Vésicule un peu tendue, mais que la moindre pression vide complètement. Aucun calcul. Aspect un peu blanchâtre. Aucune adhérence. Peut-être s'agit-il d'une gêne fonctionnelle avec certain degré de stase. On fait une cholécystectomie sans enthousiasme.

Examen de la pièce : Congestion simple accompagnée de quelques discrètes infiltrations lymphoïdes. Pas de modification de structure de la paroi. Culture de la bile : négative.

Revue : Octobre 1932. Va beaucoup mieux ; on ne peut nier que la cholécystectomie a fortement diminué les troubles. Il persiste une douleur correspondant au pôle inférieur du rein droit abaissé.

On voit que les résultats éloignés des cholécystectomies pour vésicules non lithiasiques non exclues sont loin d'être favorables. Certains sont des échecs complets (Observations I et II). On peut dire que dans ces cas, la cholécystectomie était une véritable mutilation. Dans l'observation I en particulier, les troubles, loin de s'être amendés, paraissent s'être au contraire accentués et cette malade nous dit qu'au plus petit écart de régime elle est prise, avec une violence extrême, de diarrhée et de vomissements. Nous ne reprendrons pas les observations suivantes dont nous avons déjà fait de courts résumés, mais nous insisterons sur les observations où la cholécystectomie a été favorable pour montrer que ces résultats ne doivent en rien modifier nos conclusions. Dans le cas N° VII, il existait un coude du cystique entraînant une telle gêne de l'évacuation biliaire que même la pression forte au cours de l'intervention ne peut vider la vésicule. On conçoit que malgré des lésions

minimes un tel organe ne puisse être de bien grande utilité puisque l'évacuation en est fortement freinée par la semi-obstruction du conduit excréteur. Dans l'observation VIII les lésions vésiculaires sont relativement importantes et marquent leur répercussion sur la qualité de la bile. Enfin, un seul cas paraît faire exception, c'est le dernier que nous rapportons : il faut d'ailleurs dire que la guérison n'est pas totale et aussi qu'elle peut s'expliquer par ce fait que les signes anatomiques et les signes fonctionnels marchaient de pair dans leur discrétion. C'est là un cas où l'on peut se demander si véritablement un traitement médical n'aurait pas tout aussi bien fait — et où l'on se félicite presque que l'exérèse d'une vésicule relativement saine n'ait pas eu une trop forte répercussion.

2° Cholécystite chronique lithiasique.

Nous avons pu revoir 23 malades. Dans l'ensemble, les suites, tout en étant de qualité le plus souvent médiocre, sont cependant nettement plus favorables que dans les cas précédents. Ici comme plus haut, les cas à signes fonctionnels dominants ne sont que peu améliorés.

Voici quelques-unes de nos observations :

Observation I

Mme Du..., 34 ans, entre le 7 décembre 1934 à l'hôpital Ambroise-Paré pour douleurs dans la fosse iliaque droite et vo-

missemments. Début en août 1931 par une douleur brusquement survenue trois heures après le repas au niveau de l'épigastre. Elle irradie dans le dos entre les omoplates. Son intensité est d'emblée maxima. C'est une sensation de torsion, de déchirement qui entraîne une agitation extrême. Durée, 3 à 4 heures. S'arrête par un vomissement provoqué par la malade. Depuis cette époque, crises de plus en plus violentes et de plus en plus rapprochées. En 1932, une paratyphoïde.

Examen : Abdomen absolument souple. Pas de point douloureux appendiculaire. Pas de point douloureux épigastrique. Foie de volume normal. On apprend une constipation opiniâtre, une *amenorrhée depuis 3 ans*.

Radiographie : Estomac et bulbe normaux. Vésicule bourrée de calculs.

Intervention : Vésicule distendue, contenant 30 calculs. Cholécystectomie sous-séreuse sans drainage.

Examen histologique : Desquamation élective de l'épithélium avec intégrité du reste de la paroi sans phénomènes inflammatoires dans la zone des calculs. Ailleurs tendance hypertrophique muqueuse et hypertrophie de la musculuse.

Revue : 18 mois après à l'occasion d'une crise d'urticaire généralisée. On apprend que dès le moindre écart de régime surviennent des vomissements, une sensation de malaise, une pesanteur douloureuse de l'hypocondre droit.

Intérêt : 1° Coïncidence de l'aménorrhée et de l'apparition des crises, point sur lequel nous insisterons ailleurs.

2° Persistance des signes digestifs après l'intervention.

3° Disparition des grandes crises douloureuses si intenses.

En somme, guérison incomplète.

Observation II

Mme Mi..., 29 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré, le 30 mai 1927 pour douleurs de l'hypocondre droit s'accompagnant de céphalées marquées et d'état lypothymiques. Opérée en dé-

cembre 1924 dans le service pour salpingite bilatérale. Hysterectomie fundique avec conservation des ovaires.

Au cours de ce premier séjour, elle avait fait une crise typique de colique hépatique, et lors de l'intervention on avait constaté deux calculs libres mobiles dans une vésicule distendue. Elle revient pour crise douloureuse vésiculaire. Elle a maigri de 4 kilos dans le mois précédent. Elle se plaint de constipation opiniâtre.

Radiographie après tétraïode : vésicule injectée.

Intervention : Vésicule à fond distendu, à parois blanchâtres, épaissies. Quelques adhérences lâches entre duodénum et vésicule. Une série de calculs dans le bassin. Cholécystectomie sous-séreuse sans drainage.

Examen histologique : Réaction inflammatoire au niveau de la musculuse et du chorion. Épithélium intact.

Revue : Juillet 1936. A présenté une crise hépatique au mois d'août précédent.

Intérêt : Vésicule non exclue, parois peu altérées. Résultat incomplet.

Observation III

Mme De..., 45 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 30 mai 1932. Depuis le mois de septembre de la même année, elle présente des crises douloureuses, d'apparition brusque, sans horaire précis, au niveau de l'hypocondre droit. Sensations de striction, de déchirure, d'irradiation vers la région lombaire. Au cours de la crise et surtout vers sa fin, vomissements bilieux, verdâtres, abondants. La douleur reste intense pendant 24 à 48 heures, puis s'atténue pour faire place à un point de côté constant douloureux, mais très supportable. Rythme des crises : 1 par semaine à peu près.

Il y a 15 jours, colique beaucoup plus intense qui va être suivie tous les 2 jours d'une nouvelle crise douloureuse.

Examen : Signe de Murphy extrêmement net. Amaigrissement considérable : 10 kilos depuis septembre.

Radiographie : Après tétraïode, vésicule injectée avec l'image d'un volumineux calcul.

Intervention : Vésicule épaissie, blanchâtre, un gros calcul. Cholécystectomie sous-séreuse sans drainage.

Examen histologique : Hyperplasie adénomateuse du revêtement épithélial avec prolifération fibroblastique du chorion. Infiltration inflammatoire lymphoïde autour du cul-de-sac glandulaire profond. Péricholécystite scléreuse, très épaisse.

Revue: Le 29 octobre 1932, souffre beaucoup du côté droit. 1936 on apprend par ses parents qu'elle est décédée en 1934 de péritonite appendiculaire.

Intérêt : Signes fonctionnels dominants, vésicule lithiasique avec lésions histologiques très importantes.

Mauvais résultat : Vésicule encore physiologiquement bonne malgré ses altérations.

Observation IV

Mme Mar..., 27 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 4 février 1929. Elle présente depuis 6 ans des crises douloureuses vésiculaires typiques, plusieurs par mois. Un régime strict ne les a que peu améliorées dans leur nombre, dans leur intensité. La malade accuse de plus des alternatives de diarrhée et de constipation.

Examen : Foie normal, vésicule non perceptible. On retrouve tous les points douloureux classiques de la colique vésiculaire.

Radiographie après tétraïode : Vésicule n'est pas injectée, pas d'image de calcul.

Tubage : *Ramène de la bile vésiculaire*, brunâtre, floconneuse, contenant quelques cellules épithéliales et de nombreux cristaux de cholestérine.

Intervention : Grosse vésicule épaissie, blanchâtre. Volumineux calculs du bassin. Aucune adhérence duodénale. Cholécystectomie sous-séreuse sans drainage.

Examen histologique : 1° Deux gros calculs ; 2° Etalement de l'épithélium avec épaississement scléreux de la paroi. Gangue collagène périvésiculaire, très épaisse. Quelques rares traînées inflammatoires, lymphoïdes.

Revue : Juin 1931. Pas de crise depuis l'opération, a grossi de 8 kilos. Ne suit pas de régime. Alternative de diarrhée et de constipation. Un point douloureux léger à la partie postérieure de la cicatrice.

Juin 1936 : Douleur assez vive de l'hypocondre droit, persistance des alternatives constipation, diarrhée.

Radio absolument normale.

On note des battements aortiques très accentués.

Intérêt : Disparition temporaire des douleurs sur une vésicule présentant des altérations pariétales très importantes mais récidive de ces douleurs après une période d'accalmie.

Chez une telle malade, il faut craindre une reprise du syndrome préopératoire.

A noter de plus que ces douleurs ne peuvent absolument pas s'expliquer par des adhérences : image radiologique absolument normale.

Observation V

Mme Ra..., 52 ans, entre le 20 octobre 1929 à l'hôpital Ambroise-Paré pour un syndrome occlusif qu'un interrogatoire et l'examen ramènent assez aisément à sa cause : fibrome utérin. Au cours de cet interrogatoire, on relève de plus l'existence de crises douloureuses d'allure lithiasiques : la douleur siège dans l'hypocondre droit avec irradiations dans le flanc droit et ascendantes. Céphalées, nausées, vomissements biliaires très abondants. Poussées légères d'ictère. Fréquence : une par mois environ coïncidant très fréquemment avec les règles.

Intervention : hystérectomie isthmique avec conservation des trompes et des ovaires.

Cholecystectomie sous-séreuse sur une vésicule basse flasque, contenant des calculs. Fermeture sans drainage.

Revue : avril 1931 : tous les mois ou toutes les 6 semaines crise de vomissements abondants bilieux avec céphalées marquées.

Mars 1936 : encore quelques crises douloureuses hépatiques, en particulier lorsqu'il y a écart de régime.

Intérêt : 1° Pas d'amélioration nette ; 2° Influence vraisemblable des règles sur le déclenchement des crises.

Nous ne nous attarderons pas sur les cas où des lésions importantes des parois vésiculaires expliquent un résultat assez heureux de l'intervention : ils sont beaucoup plus nombreux, répétons-le, que dans les cholécystites chroniques non calculeuses.

Nous terminerons en résumant deux observations un peu particulières :

Observation I

Mme Loc..., 26 ans, entre le 14 janvier 1935 à l'hôpital Ambroise-Paré, pour crises douloureuses épigastriques avec irradiations en hémiceinture droite, nausées, vomissements bilieux.

1^{re} crise : il y a trois ans, au 5^e mois d'une 3^e grossesse. début brutal, au cours du repas du soir, par une douleur en ceinture extrêmement intense irradiant vers le haut. Nausées, pas de vomissements. Durée : 40 minutes environ. Cède progressivement. Les accidents se sont répétés d'abord tous les 15 jours pour maintenant se rapprocher encore : 3 le mois dernier. Ils paraissent assez bien rythmés par l'alimentation : deux heures après le repas de midi, 5 heures après le repas du soir. Les vomissements sont constants, abondants, bilieux.

La durée des crises augmente. Leur déclenchement est favorisé par certains aliments : œuf, chocolat. Une colique fut telle qu'elle simula une perforation gastrique. Entre les périodes douloureuses, troubles dyspeptiques, état nauséux presque perpétuel.

Examen : Point de Murphy très net.

Radiographie : a) du duodéum, bulbe très repoussé à gauche avec échancrure de son bord droit ; b) vésicule après tétraoide; à peine visible.

Tubage : Pas de bile vésiculaire.

A noter qu'il s'agit d'une malade extrêmement nerveuse, extrêmement émotive qui se plaint de palpitations.

R. O. C. : de 88 à 80.

Intervention : vésicule distendue, blanchâtre.

Calculs en énorme quantité dans la vésicule et dans le cystique. Un petit peu de bile.

Cholécystectomie sous-séreuse, sans drainage.

Revue : Juin 1936. Aucune crise douloureuse depuis l'intervention. Ne suit aucun régime. Un peu de diarrhée.

Cholestérinémie : 1 gr. 65.

Intérêt : cette vésicule bourrée de calculs est physiologiquement presque inexistante c'est ce qui explique la qualité exceptionnellement bonne de ce résultat. La déformation du bulbe qui existait montre bien qu'il peut y avoir une image anormale en dehors de toute adhérence, avant toute intervention, ce qui diminue la valeur des images dites d'adhérences post-opératoires.

Observation II

Mme Lhe..., 45 ans, receveuse de la T.C.R.P., entre le 18 avril 1931 sur les conseils de son médecin, pour subir une cholécystectomie.

D'octobre 1930 jusqu'à la date d'entrée, 4 à 5 crises de

colique hépatique typique. Entre les crises, les digestions sont pénibles, lentes, il existe une douleur continue au niveau de la pointe de l'omoplate droite.

Examen : la malade accuse une douleur au niveau de l'omoplate droite.

Signe de Murphy très net.

Tubage : Bile B un peu plus foncée que normalement.

Radiographie après tétraïode : vésicule très faiblement injectée.

Intervention : vésicule encapuchonnée par une série d'adhérences. Un petit calcul vers le bassin. Cholécystectomie sous-séreuse sans drainage.

Examen histologique : parois distendue et amincie recouverte sur sa face interne par un épithélium en grande partie respecté, mais qui présente par places des solutions de continuité par où font hernie des polypes inflammatoires microscopiques à type de bourgeons charnus.

Revue : en 1932, n'a plus de crises, mais diarrhée.

2 juillet 1936 : jamais plus de douleurs. Persistance de la diarrhée.

Intérêt : Signes fonctionnels au minimum, signes physiques très discrets, altérations vésiculaires minimales, c'est-à-dire indications bien restreintes de la cholécystectomie. Celle-ci pourtant fut suivie d'un excellent résultat que cette discrétion uniforme des signes peut bien expliquer comme dans une observation précédemment rapportée de cholécystite non calculieuse.

3° Conclusion de l'étude des résultats éloignés de la cholécystectomie des vésicules non exclues.

a) La cholécystectomie en cas de vésicule non exclue est en général une opération mauvaise.

b) Les résultats sont dans l'ensemble meilleurs lorsqu'il s'agit d'une vésicule lithiasique.

c) La qualité des résultats est en raison inverse du degré d'altération vésiculaire.

d) Les indications dans ces cas doivent être restreintes au minimum — basées uniquement sur l'atteinte anatomique et sur la valeur physiologique de l'organe.

ETUDE DES SEQUELLES DE LA CHOLECYSTECTOMIE

L'analyse des observations et en particulier l'étude des échecs permet de distinguer schématiquement trois grands ordres de séquelles qui, en dehors d'indications rigoureuses et parfois malgré elles, menacent l'avenir des cholécystectomisés :

- Troubles mécaniques.
- Troubles humoraux.
- Douleurs.

C'est sur ces séquelles que nous voulons maintenant insister en montrant la valeur que les différents auteurs leur accordent, les causes qui, d'après eux, sont à leur origine et en discutant de cette valeur, de ces étiologies.

I. — TROUBLES MECANQUES

Ce sont eux que la plupart des auteurs accusent dans les suites mauvaises et douloureuses des cholécystectomies. Ils sont dûs aux adhérences qui deviennent ainsi bête noire de l'intervention et excuse toujours prête de ses échecs. Nous verrons toute l'exagération d'une telle explication : s'il est des cas où des adhérences paraissent entraîner seules des séquelles qui cèdent à la réintervention, il est des cas bien plus fréquents où même si ces adhérences existent, elles sont sans histoire fonctionnelle. On note un insuccès opératoire, une image anormale de la région bulbaire traduit des adhérences : il n'en faut à beaucoup pas plus pour unir les deux faits et expliquer le premier par le second — alors qu'en réalité il faudrait presque toujours chercher ailleurs, et en particulier dans les indications opératoires et l'étude du terrain de l'opéré, les causes véritables de ces troubles persistants.

Quoiqu'il en soit, les adhérences existent — soit au niveau de la voie biliaire principale, soit au niveau du duodénum, soit enfin unissant dans leur trame une étendue plus ou moins grande du carré-four complexe bilio-duodéno-colique.

Etudions leur traduction clinique :

- 1° Adhérences au niveau de la voie principale ;
- 2° Au niveau du carrefour.

1° Au niveau de la voie principale.

Des signes post-opératoires, ictère, douleurs, peuvent traduire une lésion de la voie biliaire principale. Nous laissons naturellement de côté les blessures opératoires de ce conduit, accidents dont les suites ne peuvent absolument pas être associées à celles de la cholécystectomie.

Nous n'avons en vue que des compressions, des strictions du canal, soit par adhérences, soit par infiltration cicatricielle ou inflammatoire péricanaliculaire.

C'est évidemment le tubage qui donnera les renseignements les plus utiles pour le diagnostic de cette complication.

Il ne faut pas dans ces cas réintervenir sans une longue attente : dans la règle, les phénomènes vont s'amender progressivement puis disparaître. Encore faut-il savoir faire la part dans ces syndromes post-opératoires, des troubles liés à la suppression vésiculaire, troubles dont nous verrons plus loin toute l'importance. Mais dans certains cas, la réintervention est nécessaire et seule, libérant des adhérences indiscutables peut amener la guérison. En particulier, des adhérences épiploïques peuvent soit sténoser le cholédoque, soit lui imprimer une coudure ou

une torsion. Les exemples probants en sont rarissimes. Rappelons les observations déjà citées par notre collègue Debray dans sa thèse sur la *cholécystectomie sous-séreuse* ; celle de Baldwin et Gilmour d'une sténose, les deux cas de Orth qui, réintervenant pour ictère 4 mois après cholécystectomie, trouva une coudure du cholédoque liée à des adhérences du moignon cystique. Dans ces cas, l'indication de réintervention est évidemment formelle et la guérison ne pouvait être obtenue qu'à ce prix.

2° *Au niveau du carrefour.*

Test de leur existence : *l'examen radiologique*. Nous ne rappellerons pas ici les images d'un bulbe normal. Après cholécystectomie il y a presque toujours déformation plus ou moins considérable de cette zone. Von Rohde, examinant 74 cholécystectomisés ne trouve que 16 malades dont l'estomac et le duodénum ont une forme normale ; pour H. Béclère, la fréquence des déformations semble encore plus grande. C'est couramment que les radiographies en série décèlent l'irrégularité de contour, l'anté ou la rétropulsion d'un bulbe qui, par ailleurs, prend mal la charge de baryte et s'évacue avec difficulté. Ces signes sont bien discrets pour qu'on puisse affirmer l'existence d'adhérences. Surtout il est des cas où on les observe sans qu'il y ait eu une intervention qui les puisse expliquer par des adhérences, sans qu'une intervention ultérieure retrouve

les adhérences préopératoires qu'ils semblaient traduire. Ceci nous amène à insister sur le rôle du *spasme* dans les déformations de la région, spasme que nous retrouverons plus loin en étudiant la perturbation physiologique considérable qu'entraîne la cholécystectomie.

On a insisté sur un signe radiologique dont la constatation serait en faveur d'adhérences : c'est le *déplacement en masse* du foie, du bulbe duodénal, de l'antré, de D₂ et de l'angle colique droit dans les mouvements de « ventre creux » et de « gonflement de l'abdomen ».

Rappelons enfin l'image de décentrement pylorique, la tache claire persistante de l'accrochage d'une bulle d'air.

Tous ces signes traduisent des adhérences discrètes. Il en est d'autres qui, indiscutablement, traduisent des accolements et des brides considérables. Citons-en les principaux :

— Sténose bulbaire plus ou moins accentuée, avec retard et gêne de l'évacuation gastrique ;

— Fixité anormale du genu superius ;

— Déformation du bulbe « en épuisette » (Béclère, P. Duval, J.-C. Roux) ;

— Obliquité anormale et fixité du transverse adhérent à la face inférieure du foie ;

— Existence de mouvements violents d'antipéristaltisme au niveau de D₂.

Ainsi, ces adhérences suivent fréquemment la

cholécystectomie, mais leur rôle a-t-il l'importance qu'on a voulu lui accorder ?

Non, nous ne craignons pas de l'affirmer. Les faits suivants en sont la preuve.

— Il est des malades qui souffrent sans présenter aucune image d'adhérences.

— Il en est qui, avec des déformations considérables, n'accusent aucune séquelle.

— A déformations égales, il est des malades qui souffrent et d'autres qui ne présentent aucun trouble.

— Parmi les malades qui souffrent, il y en a qui n'ont de douleurs que par périodes.

— Il est des cas où l'on est intervenu pour libérer des adhérences et où l'intervention a été suivie de guérison totale, mais, répétons-le, ils sont tout à fait exceptionnels.

Walzel, Woncken ont rapporté plusieurs cas de sténose pyloriques et d'adhérences douloureuses guéries parfois, plus souvent *améliorées* par la réintervention.

Finsterer, Davis, font jouer dans l'étiologie des séquelles douloureuses un rôle considérable aux adhérences.

Mais nous l'avons vu, de plus en plus, les auteurs limitent ou nient ce rôle et nous sommes de ces derniers, et l'on peut conclure qu'en dehors des cas bien peu fréquents où une réintervention amenant guérison ou amélioration nette fait la preuve de l'origine adhérentielle des troubles, il faut chercher ailleurs l'explication des séquelles.

— Perturbations entraînées par la suppression vésiculaire.

— Dans les lésions hépatiques et pancréatiques qui accompagnent l'altération vésiculaire.

— Enfin, dans l'étude du *terrain chirurgical*.

En dehors de cette dernière notion, comment expliquer que des adhérences de même nature se traduisent chez l'un par une si riche symptomatologie fonctionnelle et restent chez l'autre silencieuses ; que certains malades ne souffrent qu'à périodes, comme telle malade de Bécère qui, présentant des déformations massives du bulbe et de D₂, ne souffre cependant qu'aux périodes où elle a des soucis. Le rôle du facteur moral est considérable. Le rôle mécanique de l'adhérence, au contraire, bien peu fréquent. A se hâter de réintervenir, on risque un nouvel échec : il vaut mieux chercher ailleurs la cause des douleurs persistantes et Bécère a pu justement conclure une longue étude du radiodiagnostic des séquelles de la cholécystectomie en écrivant : « Beaucoup des troubles constatés sont sous l'influence d'un système nerveux par trop instable ».

Mais, le seul fait que dans certains cas les adhérences puissent être causes d'échecs opératoires doit tout faire mettre en œuvre pour les éviter au maximum. Sans vouloir ici reprendre tout au long une technique dont les temps et les résultats ont fait l'objet d'une thèse récente (G. Debray), nous en rappellerons brièvement les quelques points essentiels.

La cause la plus fréquente des adhérences post-opératoires est le drainage et, des deux modes classiques de drainage, mèches, drains de caoutchouc, c'est le premier qui, indiscutablement, le favorise le plus. Il faut donc au maximum limiter le drainage et, lorsque celui-ci est nécessaire, utiliser plutôt le drainage par tube que le drainage par mèche. Un moyen de diminuer encore les risques d'adhérences est d'enfouir le drain dans son trajet sous-hépatique sous une nappe péritonéale : et ceci ne sera possible qu'en pratiquant la *cholécystectomie sous-séreuse* qui ménage deux larges lambeaux péritonéaux et non quelques débris aléatoires. Les inconvénients du drainage sont alors au minimum : risques médiocres d'adhérences périhépatiques puisque le drain est protégé et isolé dans cette portion de son trajet. Il n'est qu'au niveau de la paroi que le passage d'un drain peut être suivi de séquelles : parfois suppuration superficielle, parfois cicatrice un peu douloureuse, mais nous avons vu dans les quelques observations où ils étaient relatés que ces inconvénients étaient négligeables, car sans danger et passagers.

La cholécystectomie sous-séreuse peut donc diminuer les inconvénients du drainage lorsque celui-ci est nécessaire, mais elle permet surtout, pour ainsi dire, toujours de fermer complètement et cela sans aucun péril. Le cystique obturé par sa double ligature se trouve enfoui sous un lit péritonéal vésiculaire totalement reconstitué : on est du même coup à l'abri du lâchage d'un moignon cystique non pro-

tégé et des adhérences dues à l'absence de péritonisation. Avantage dernier enfin, un peu indépendant de la complication que nous étudions actuellement, mais sur lequel nous voulons insister avant de clore ce chapitre, c'est la suppression par cette technique d'ectomie sous-séreuse du temps de ligature de la cystique et de ses écueils fréquents.

II. — TROUBLES HUMORAUX

Il est une autre cause d'échec de la cholécystectomie, c'est la participation au syndrome d'une lésion propre du parenchyme hépatique. Soit qu'il s'agisse d'une lésion hépatique importante s'accompagnant d'une lésion vésiculaire minime, véritable épiphénomène.

Soit qu'il s'agisse de l'association d'une altération hépatique marquée et d'une lésion vésiculaire imposant elle-même l'ectomie.

Ni dans un cas, ni dans l'autre, on ne peut escompter un succès. Dans le premier, la part de la vésicule étant négligeable, l'intervention radicale est inutile, pour ne pas dire nuisible. Dans le second on ne peut obtenir qu'un succès partiel. Il semble même que lorsqu'il y a lésion du parenchyme hépatique, les opérations de drainage soient de beaucoup les plus favorables.

On conçoit donc l'intérêt capital de l'examen minutieux préopératoire du foie ; en dehors de l'exploration clinique et des tests habituels : épreuve de glycosurie, galactosurie, benzoate de soude, etc., on a insisté récemment sur l'exploration de l'état fonctionnel de la cellule hépatique par la méthode des éliminations colorées. Cette étude « chromoscopique » consiste à apprécier le temps de passage dans

la bile recueillie par tubage d'une substance colorée introduite soit par voie sous-cutanée, soit par voie intraveineuse ; substances et voie d'introduction sont variables suivant les auteurs ; Hatteganu emploie bleu de méthylène ou indigo de carmin. D'autres, tels Beck, Aaron, Schneider, proposent phénoltétrachlorphtaléine, éosine, rouge neutre, etc.

Une telle méthode est encore peu diffusée. Nous n'en avons pas personnellement l'expérience. Cette appréciation préopératoire de l'état hépatique est extrêmement difficile et c'est pourquoi quel que soit le soin qu'on y apporte, les données de l'examen préopératoire ne peuvent servir d'éléments sûrs de pronostic : même dans les cas où une cholécystectomie s'impose, il faut savoir réserver la possibilité de quelques séquelles digestives, d'ailleurs presque toujours très améliorables. Nous en avons noté plus haut et à plusieurs reprises dans nos observations l'existence et l'évolution, et ce sera pour nous une occasion nouvelle d'affirmer la nécessité d'une collaboration étroite médico-chirurgicale tant dans le problème de l'indication opératoire que dans les suites de l'intervention.

Telles sont les séquelles liées à des phénomènes hépatiques préexistants. D'autres troubles sont liés aux modifications humorales consécutives à la cholécystectomie et on a insisté particulièrement sur :

- 1° La facilité d'infection des voies biliaires ;
- 2° L'augmentation du degré des putréfactions

intestinales et l'exaltation de la virulence de la flore intestinale ;

3° La réduction de la sécrétion pancréatique qui ne serait jamais inférieure aux deux tiers (Iversen-Schiassi) ;

4° L'altération des fonctions digestives intestinales spécialement en ce qui regarde la transformation et l'assimilation des graisses, puisque, au lieu de 10 %, c'est 30 à 35 %, soit plus du triple, qui passent dans les fèces sans avoir été absorbées (Schiassi).

Et ces derniers points qui amorcent l'étude des répercussions de la cholécystectomie en elle-même et en expliquent bien des séquelles digestives sont d'importance suffisante pour justifier déjà le cadre étroit que nous avons plus haut assigné à ses indications.

III. — SEQUELLES DOULOUREUSES

Nous avons vu plus haut les troubles mécaniques que peuvent apporter les *adhérences* post-opératoires et les séquelles douloureuses qui peuvent les accompagner. Il nous faut serrer de plus près le problème. Quand un opéré souffre, qui présente de façon indiscutable les signes radiologiques d'adhérence, on peut attribuer à ces adhérences les douleurs persistantes. Mais on ne peut le faire de façon certaine. Il faut insister à nouveau sur ce fait : il est des malades qui, porteurs d'adhérences massives, sont guéris. Il en est d'autres qui, même pour des adhérences minimales, vont, au contraire, souffrir de façon persistante. D'autres enfin, sans qu'il y ait aucune raison mécanique plausible, vont présenter ces mêmes séquelles douloureuses.

Il faut étudier minutieusement le caractère des douleurs persistantes ou récidivées. Si elles reproduisent de façon *absolument identique* celles qui précédaient l'intervention, il semble bien que, même s'il existe des images typiques d'adhérences, on ne puisse les rattacher à ces adhérences. Dans ces cas il faut plutôt rechercher la cause des douleurs par une critique serrée des indications opératoires, par une étude du terrain sur lequel s'est développée la maladie.

Si, au contraire, les douleurs ont disparu un temps plus ou moins long après l'intervention, si elles présentent d'autres caractères qu'avant cette intervention, il est logique de penser aux adhérences.

Ce que nous voulons bien mettre en évidence, c'est qu'il ne faut pas se contenter toujours de cette explication unique, les adhérences, pour expliquer l'échec d'une cholécystectomie. La notion d'adhérences indiscutable ne s'accompagnant d'aucun trouble est une première preuve de ce fait. Les résultats bien souvent décevants des réinterventions pour adhérences en sont une autre. S'il est des cas où opérant à nouveau et libérant le carrefour on met fin aux séquelles douloureuses, bien plus fréquents sont ceux où la réintervention reste sans succès. Au hasard des statistiques on ne pourrait multiplier les exemples.

Il ne faut donc pas se hâter, nous l'avons dit, de réintervenir. Il faut suivre ces malades sans que se lasse ni notre patience ni la leur. Et cette enquête minutieuse amènera parfois à des explications moins évidentes de l'échec opératoire :

- Indications non formelles de l'ectomie ;
- Rôle du terrain humoral et neuro-végétatif.

Ce que sont les rapports de l'indication opératoire et de son résultat, nous l'avons vu plus haut, nous n'y reviendrons pas. Nous n'aurons donc maintenant en vue que :

1° L'étude des troubles entraînés par la suppression vésiculaire ;

2° L'étude du *terrain* dont le rôle, nous pouvons l'affirmer d'emblée, est d'une importance considérable, mais malheureusement par beaucoup négligée.

1° *Troubles liés à la suppression vésiculaire.*

Pour certains, toute vésicule malade doit être enlevée, quel que soit son degré d'altération. Ce principe est vraiment par trop simpliste. Il fait bon marché d'un organe d'une importance physiologique considérable. Le suivre, c'est, nous l'avons vu, se condamner à de multiples échecs.

On a l'impression que l'on a voulu serrer de trop près la comparaison entre appendicectomie et cholécystectomie, comparaison que l'on trouve chez de nombreux auteurs. Si, à la rigueur, peut s'admettre une appendicectomie de sécurité, une appendicectomie d'élimination dans des syndromes intriqués colo-appendiculaires, intervention peu favorable mais non nuisible, tout différent est le pronostic d'une cholécystectomie non légitime : elle supprime en effet brutalement un organe à rôle triple :

- de réservoir ;
- de concentration ;
- d'excrétion.

De nombreux auteurs (Oddi, Canaverro, Delore, Cotte, Kiss, etc.), se sont efforcés de déterminer ce que sont les répercussions biliaires de la cholécystectomie et ils ont insisté sur deux faits :

a) la dilatation post-opératoire des voies biliaires ;

b) les troubles du rythme d'excrétion biliaire.

a) Soit par des expériences sur l'animal, soit par des constatations anatomiques, ils ont mis en évidence la *dilatation post-opératoire des voies biliaires*, dilatation qui peut, dans certains cas, s'étendre jusqu'aux voies intra-hépatiques. Les cas d'exclusion totale vésiculaire par obstacle au niveau du cystique qui réalisent, physiologiquement s'entend, une véritable cholécystectomie montrent encore, pour certains auteurs, cette distension canaliculaire. Nous ne l'avons jamais constatée pour notre part.

Atteignant tout l'arbre hépatique, cette distension n'épargne pas le moignon cystique. Certains ont conclu de ce fait à la nécessité de placer le fil de ligature tout contre la voie biliaire principale, ce qui est peut-être discutable. A ce propos encore, certains ont voulu parler de véritables néo-vésicules se réadaptant à l'excrétion biliaire, mais jamais en dehors de deux observations rapportées au congrès de la lithiase biliaire de 1928, par Pavel (de Bucarest), on n'a observé de « régénération » vésiculaire — aux dépens du moignon cystique. Dans ces deux cas, le diverticule distendu possédait

le pouvoir concentrateur, spécifique de la vésicule, pouvoir concentrateur qu'affirmaient la possibilité d'une cholécystographie positive, la présence au tubae de bile B, bile hyperconcentrée. Mais ces deux observations sont les seules connues où l'on puisse vraiment parler de néovésicule. Leur caractère si exceptionnel rend leur interprétation discutable et ne peut-on imaginer qu'en réalité la section cystique a porté sur la zone toute inférieure de la vésicule et qu'il s'agit alors simplement de la distension, habituelle après cholécystectomie, d'un moignon plus vésiculaire que cystique ?

Il faut donc nier absolument le rôle de suppléance que quelques auteurs ont accordé à ce moignon cystique secondairement dilaté. Pouvoir concentrateur, contractilité, rythme habituel d'excrétion manquent toujours à ces soi-disant vésicules néoformées. Ainsi on ne peut et ne doit parler que de néo-diverticulum, de dilatation passive du moignon cystique.

B) Troubles du rythme de l'excrétion biliaire.

Ils sont considérables puisqu'est supprimé le régulateur de cette excrétion biliaire. Mais d'un expérimentateur à un autre, les troubles relevés sont extrêmement différents ou même contradictoires. Il est impossible donc d'en décrire un tableau exact : un fait reste certain, c'est leur importance.

Nous n'en prendrons comme preuve clinique

grossière que la perturbation post-opératoire si fréquente des fonctions digestives : en lisant nos observations on ne peut pas ne pas être frappé par les cas si nombreux où malgré un résultat par ailleurs excellent persistent ou surviennent des troubles digestifs tels que diarrhée, constipation opiniâtre, digestion difficile des graisses et cela malgré une collaboration médicale étroite sur l'importance de laquelle nous ne saurions jamais assez insister dans cette étude des suites de la cholécystectomie.

Il est bien difficile d'expliquer de façon certaine la dilatation biliaire et les variations extrêmes de l'excrétion biliaire, mais le rôle du sphincter d'Oddi apparaît comme considérable.

Rappelons seulement les expériences de Rost sur le chien cholécystectomisé, deux types de réaction du sphincter d'Oddi, deux types par suite d'excrétion vésiculaire. Dans le 1^{er}, le sphincter, après l'intervention, devient incontinent ; il existe un écoulement permanent de bile dans le duodénum.

Dans le 2^e, au contraire, le sphincter est tonique, spasmé ; l'écoulement biliaire se fait à longs intervalles, par à-coups ; il existe une hyperpression biliaire et une dilatation canaliculaire.

Chez l'homme, Chiray et Lebon ont montré l'existence de ces deux mêmes types : Type 1 de Rost, le plus rare, dans lequel le tubage, après épreuve de Meltzer-Lyon, ramène une bile toujours semblable.

Type 2 de Rost dans lequel, après l'épreuve de M.L., on obtient une bile un peu plus brune rappelant la bile B.

L'étude des courbes d'élimination biliaire externe telle que l'a pratiquée Pribram, met, elle aussi en évidence cette perturbation du rythme : abondante et pouvant atteindre 30 cc. par 1/2 heure lorsqu'est relâché l'anneau sphinctérien, l'excrétion est très diminuée ou nulle lorsqu'il s'est resserré ou occlus.

Ces spasmes irréguliers du sphincter dominent le dérèglement des voies biliaires. La lésion opératoire du plexus nerveux vésiculaire semble être pour beaucoup à l'origine de cette spasmodicité — spasmodicité qui, outre les troubles de l'émission biliaire qu'elle entraîne, entretient au niveau de la totalité de l'arbre biliaire une hypertension marquée. Naumyn, étudiant cette hyperpression post-opératoire, relève les chiffres presque toujours voisins du double de la tension normale de 25 mm. de mercure. On imagine facilement que l'exagération du syndrome fonctionnel post-opératoire :

- irrégularité de l'excrétion,
- dilatation biliaire,
- hyperpression,

soient à l'origine de nombre de séquelles et même d'échecs.

Ainsi s'expliquent les douleurs et les troubles digestifs qui peuvent suivre les interventions les mieux indiquées et cela même avec une intensité considérable. Il ne faut pas alors parler d'échec de la cholécystectomie : il s'agit d'une phase d'adaptation dans laquelle les douleurs sont des douleurs

de distension, les troubles digestifs des résultats de la perturbation de l'excrétion biliaire. Plusieurs de nos malades ont présenté ces troubles de façon passagère : crises douloureuses à type de colique hépatique identiques aux précédentes — troubles digestifs aussi intenses que ceux de la période préopératoire.

Cette phase d'accommodation est plus ou moins longue suivant les sujets, mais toujours tout rentre dans l'ordre lorsque l'indication de l'ectomie était formelle.

On conçoit au contraire qu'il est inutile de chercher ailleurs que dans ces troubles liés à la suppression d'un organe physiologiquement valable certains échecs de cholécystectomie dont les indications ne furent pas rigoureuses, et la plupart des auteurs ont insisté sur ce fait logique que la répercussion de la suppression vésiculaire se faisait d'autant plus sentir et était d'autant plus persistante que la vésicule enlevée était moins malade.

2° *L'étude du terrain.*

Commençons en reprenant les cas si intéressants sur lesquels a récemment, et dans plusieurs publications, insisté R. Jahiel et qui montrent bien, chez la femme, les rapports des accidents de colique hépatique avec la vie endocrinienne, et dans un cadre plus large, l'association et l'intrication de ces accidents avec des phénomènes de sensibilisation.

Une première observation prouva qu'il existe de véritables coliques hépatiques de sensibilisation : la vésicule devient alors élément accessoire. Le terrain presque seul joue. On conçoit que dans de tels cas le traitement logique ne puisse être la cholécystectomie.

« Une jeune fille de 20 ans vient consulter R. Jahiel en juillet 1933 parce qu'elle a des crises de coliques hépatiques qui persistent après un acte opératoire effectué vers l'âge de 13 ans. A cette époque, la malade présenta à l'occasion de ses premières règles une crise violente de coliques hépatiques suivie d'ictère. Une radiographie pratiquée par le tétraïode dans les semaines qui suivirent, montra la présence de nombreux calculs. Intervention : cholécystectomie, exploration soigneuse des voies biliaires : la vésicule ouverte contenait une trentaine de calculs à facettes.

Malgré l'opération, cette jeune fille a donc continué à présenter d'assez fréquentes crises de coliques hépatiques qui, pendant 7 ans, résistèrent à toute thérapeutique.

Quand nous voyons cette malade, l'état général est peu altéré.

On note dans l'histoire :

1° Que les crises de coliques hépatiques post-opératoires alternent souvent avec des crises d'asthme ;

2° Que la mère de la malade présente des crises d'asthme et des migraines depuis de nombreuses années.

Nous commençons en juillet 1933 un traitement désensibilisant à partir du sang maternel : tous les 2 jours, nous recueillons avec une seringue à intradermo-réaction 1/2 cm³ de sang maternel que nous injectons sous la peau de la fille. Nous pratiquons ainsi une vingtaine d'injections. Pendant 6 mois, aucun accident ne se produit. Puis survient une crise

légère où s'intriquent les phénomènes asthmatiformes et les douleurs sous-hépatiques. Nous pratiquons à nouveau une série de 20 injections de sang maternel.

Depuis cette époque, aucune manifestation anormale, respiratoire ou hépatique ne s'est plus manifestée.

D'autres observations montrent le déclanchement de crises par les règles, leur exacerbation ou au contraire leur cessation à l'époque de la ménopause, tous faits qui soulignent le rapport classique entre règles et crises hépatiques et qui paraissent traduire des phénomènes d'*autosensibilisation*.

Cette concordance des phases évolutives de la lithiasé avec les périodes menstruelles, nous l'avons aussi mise en valeur au cours de nos observations. Mais citons encore ces faits de R. Jahier dont certains ont en plus, pour mieux prouver leur pathogénie, l'appoint d'un succès par une thérapeutique *désensibilisatrice*.

I^{re} observation (Jahier) :

Une femme est opérée à l'âge de 37 ans, en décembre 1926, pour un cholécystite lithiasique. Cholécystectomie. Exploration des voies biliaires qui ne montre pas d'obstacle cholédocien.

Malgré l'opération sans incident, la malade présente, par la suite, presque tous les mois, avant ses règles, des crises très douloureuses à l'épigastre et dans le flanc droit avec température et nécessité fréquente de calmer le syndrome par la morphine. A l'une des crises, ictère dit par rétention, typique.

De nombreux traitements sont successivement essayés sans succès. A cette époque nous n'utilisons pas encore la désensibilisation par le sang menstruel.

En 1928, alors que toute action thérapeutique était arrêtée, cette femme vint nous dire qu'elle engraisait de façon insolite et que ses règles s'espaciaient beaucoup. La malade entrait en ménopause. Mais en même temps elle nous annonçait que ses grandes crises hépatiques devenaient, elles aussi, plus rares.

Pendant plusieurs mois, elle se porta bien, puis eut une fois une colique hépatique avec ictère à un retour de règles. Revue récemment, la période ménopausique est depuis longtemps terminée, les troubles hépatiques ne sont jamais reparus.

2° observation (Jahiel) :

Une jeune femme de 32 ans présente une grossesse en 1928. Depuis cette époque, elle fait de nombreuses crises de coliques hépatiques avec ou sans ictère. Ces crises surviennent tantôt avant les règles deux ou trois jours avant le début de celles-ci, tantôt au hasard d'un écart de régime ou d'une fatigue.

Une radiographie après tétraïode est effectuée en avril 35. Elle montre des images calculeuses typiques.

Intervention : cholécystectomie. La vésicule ouverte est bourrée de calculs.

Malgré cette intervention correcte et nécessaire, les crises se répètent, moins fréquentes qu'avant l'opération, mais, cette fois uniquement avant les règles. La malade est vue par nous. On institue immédiatement une thérapeutique par le sang menstruel : une injection sous-cutanée journalière pendant les dix jours qui précèdent les règles, tous les mois. Dès le deuxième mois de traitement la malade n'a plus de crises douloureuses. Le traitement est continué pendant six mois. Les crises ne sont jamais réapparues.

D'autres exemples pourraient être cités, prouvant l'existence de ce terrain sensibilisé. Ceux que nous venons de prendre sont suffisamment démonstratifs pour nous dispenser de nous étendre plus

avant. Nous-mêmes avons, dans quelques observations rapportées plus haut, insisté sur ces intrications morbides.

Les cas que nous venons d'étudier illustrent bien toutes les variétés d'origine des douleurs hépatocystiques et en particulier l'interdépendance de la zone hépatique et de l'action ovarienne. Ils expliquent bien des échecs de cholécystectomies : la vésicule enlevée était considérée comme la cause des troubles douloureux alors qu'elle ne faisait que répondre en même temps d'ailleurs que la parenchyme hépatique, à l'excitation ovarienne, par le symptôme douleur ou même qu'elle n'avait été, par son dysfonctionnement, que l'élément sensibilisateur du foie à l'action endocrinienne. On conçoit bien que, privée de vésicule, la malade souffre tout autant. L'agent déclanchant reste le même ; le parenchyme hépatique, de son côté, répond de même façon qu'avant l'intervention, car rien pour lui n'a pu être modifié par cette mutilation illogique. Encore ne faut-il pas toujours faire bon marché des séquelles propres que l'intervention peut ajouter au syndrome antérieur qui persiste.

Avouons d'ailleurs qu'il est très difficile de dépister à coup sûr l'origine extrinsèque de telles crises cystiques. L'erreur est presque fatale. Sachons au moins reconnaître la cause de l'échec opératoire afin de ne pas orienter faussement le traitement des pseudo-séquelles d'une cholécystectomie et renouve-

ler par un nouvel acte local l'erreur initiale. On note tout particulièrement chez de telles malades l'influence de la menstruation sur le rythme des crises douloureuses. Mais on sait bien que cette recrudescence ou cette apparition des douleurs à ce moment est de description classique, d'observation banale. Il s'agit donc d'une question de degré bien délicate à trancher. Dans tous les cas où elle est observée, cette association règles-douleurs montre bien qu'il existe une influence ovarienne, mais le rôle endocrinien n'est le plus souvent qu'adjuvant, ne fait que faciliter la survenue des crises *motivées par une lésion indiscutable vésiculaire* : la vésicule enlevée, les crises disparaissent. Comment alors reconnaître ces cas rares d'ailleurs, mais d'une importance capitale, où l'ovaire agissant en terrain sensibilisé, la vésicule ou le foie répondent par le syndrome douloureux typique, bien qu'ils ne présentent par eux-mêmes aucune lésion anormale suffisante pour déterminer à elle seule ce syndrome.

Et l'on conçoit bien l'intérêt primordial d'un tel diagnostic étiologique. Nous avons vu les traitements appliqués par Jahiel à ce que l'on a le droit d'appeler de pseudo-séquelles de la cholécystectomie et leur résultat merveilleux. Pourquoi, si cliniquement on pouvait arriver à préciser cette origine extra-hépatique ne pas appliquer d'emblée les mêmes traitements, négliger la fausse lésion vésiculaire, s'attaquer à la véritable cause ovarienne ? Ceci bien entendu en dehors des indications formelles admi-

ses par tous et sur lesquelles nous avons nous-même longuement insisté.

Mais il est peu d'éléments de certitude : peut-être chez une malade donnée une toute particulière relation du cycle ovarien et des crises vésiculaires :

— Peut-être, chez cette même malade, par une enquête minutieuse, la découverte d'une modification menstruelle accidentelle et la notion, à l'occasion de cette modification menstruelle, d'une répercussion nette sur les phénomènes vésiculaires ?

— Peut-être les modifications du rythme menstruel que nous permet à l'heure actuelle le jeu de la thérapeutique hormonale pourraient-elles, étant provoquées chez certaines de ces malades venant consulter pour des signes fonctionnels de cholécystite, sans en présenter les signes physiques, préciser une origine extrinsèque, ovarienne, de ces crises ?

Il nous est impossible de pousser le problème plus avant et de telles conclusions ne pourront s'appuyer que sur de multiples observations minutieusement et très longuement suivies.

D'autres malades reviennent qui se plaignent de ressentir après l'intervention la plus légitime, et nous y insistons, les mêmes douleurs qu'avant elle ou qui accusent des séquelles douloureuses d'intensité variable. Elles ne rentrent dans aucune des deux catégories précédemment étudiées : elles ne présentent pas d'adhérences ; on ne découvre pas chez elles la possibilité d'une cause extrinsèque déclanchante. Et pourtant elles souffrent et c'est là qu'in-

tervient la notion fondamentale du *terrain et de son rôle en chirurgie*. Rôle que nous venons déjà d'amorcer en étudiant ces répercussions ovariennes.

Est-il possible d'expliquer exactement ce qu'il faut entendre par terrain : oui, mais c'est chose délicate, et nous ne pourrions mieux faire que de nous reporter à l'introduction de la leçon que fit récemment notre Maître, le D^r Desmarest, sur « l'importance de la notion de terrain en chirurgie » :

« Il est difficile de donner une exacte définition du terrain. Si chacun de nous sent bien ce que signifie ce terme, il comprend en même temps que la complexité de la matière vivante constituant l'organisme rend imprécise son étude. En pratique, la notion de terrain comporte celle des tempéraments conditionnés par lui.

« Le terrain apparaît comme l'ensemble des réactions biologiques qui ont pour résultat de maintenir l'équilibre organique, c'est-à-dire l'état de santé. C'est une constitution, un état qui à tout instant règle les actes biologiques, les accorde, et rétablit une concordance parfaite entrè eux. La discordance se traduit par un état de déséquilibre et une souffrance en résulte tantôt localisée à un organe, tantôt généralisée. »

Et plus loin :

« On peut dire que le terrain, en soi indéfinissable, nous est connu par les réponses qu'il fournit

aux excitations et aux attaques dont l'organisme est l'objet. Mais ce n'est point seulement passivement que réagit l'organisme — à la manière d'un appareil enregistreur, c'est activement. Et ces réactions différentes sont en quelque sorte la personnalité biologique de l'individu, comme le dit si justement Tzanck. »

On conçoit à quel degré peut jouer la sensibilité personnelle de chacun dans l'intensité, la sensation et l'appréciation de troubles somatiques. Chacun a une sensibilité organique qui lui est propre — sensibilité qui est en réalité celle de son système neuro-végétatif, duquel encore dépend l'équilibre humoral.

Chez l'individu normal la stabilité du système neuro-végétatif entraîne l'harmonie de l'ensemble. Si au contraire survient une inflammation viscérale, une perturbation fonctionnelle, le système sympathique réagit par la douleur, l'équilibre est rompu tout au moins temporairement : et il ne s'agit pas d'une simple réponse locale : le centre commande en effet à l'ensemble viscéral : c'est dire la possibilité de répercussions douloureuses parfois très étendues, parfois très lointaines, c'est dire aussi la possibilité de perturbations humorales profondes. Que ces troubles se renouvellent, le déséquilibre qui ne fut que passager tend alors à persister, alimenté et accru par cette irritation répétée. Sur cet organisme sensibilisé, la réponse sympathique dépasse de beaucoup ce qu'elle serait chez un individu normal pour

une cause identique. Le trouble fonctionnel indéniable, mais souvent minime, est l'épine irritative qui déclanche la réponse exagérée du sympathique.

La malade présente des réactions douloureuses en disproportion manifeste avec ses lésions organiques. Le terrain, représenté par l'intensité de ces signes fonctionnels, joue plus alors que la lésion. L'intervention chez de telles malades risque fort de courir à l'échec.

Que l'on veuille se rappeler que chez ces déséquilibrés somatiques la participation psychique est très fréquente et ce sera une raison nouvelle de dépister de telles malades qui ne peuvent, en dehors de lésions organiques indéniables, bénéficier du traitement chirurgical ou chez lesquelles même l'intervention par la perturbation nouvelle qu'elle apporte peut ajouter de nouvelles raisons de souffrir.

D'autres fois, l'intervention agissant comme véritable agent de shock à la fois sur le plan humoral et sur le plan psychique peut amener une amélioration passagère. On se réjouit du résultat opératoire malgré le succès incomplet, mais il faut plus ou moins vite déchanter ; les signes réapparaissent qui avaient amené la malade au chirurgien, qui avaient poussé le chirurgien à intervenir.

Que l'on méconnaisse à nouveau le rôle du terrain et c'est une intervention nouvelle, on parle d'adhérences, on veut aller les libérer. Il n'y en a en réalité pas, ou même s'il y en a, elles ne sont pas à

l'origine des troubles. Leur libération est inutile. D'ailleurs, peut-on véritablement parler de libération totale d'adhérences multiples, la libération ne sera que temporaire : de nouvelles succéderont aux premières et voilà tout. Nous ne ferons que rappeler ici les cas d'adhérences considérables et pourtant absolument indolores sur lesquels nous avons plus haut insisté. Nous avons vu qu'avec des adhérences analogues certains opérés vont souffrir, que d'autres seront totalement guéris. Et n'est-ce pas là une preuve qu'il faut très souvent pour expliquer les séquelles douloureuses autre chose qu'une simple explication mécanique ?

L'explication de certaines de ces séquelles douloureuses par l'étude du terrain sur lequel elles surviennent ne s'applique pas qu'à la cholécystectomie. Si c'est aujourd'hui sur cette intervention que nous centrons notre étude, nous voulons cependant par quelques exemples très divers les uns des autres bien montrer qu'il ne s'agit pas là d'un cas particulier.

Ouvrons les fichiers d'observation, il ne nous faudra pas bien longtemps pour glaner une collection suffisante de ces cas incompris au départ — et pour donner ainsi une explication variable à ces séquelles pour beaucoup incompréhensibles.

Nous verrons successivement quelques échecs d'interventions variées, quelques échecs de cholécystectomie.

Observation I

Rapportée par le D^r Desmarest :

Vers l'âge de 16 ans, une jeune fille subit un choc moral qui brutalise sa sensibilité et commence à souffrir du ventre. C'est d'ailleurs l'âge de sa puberté et les règles s'établissent assez péniblement.

A 19 ans, les douleurs abdominales la conduisent une première fois vers un chirurgien qui lui enlève l'appendice. Après un certain laps de temps, réapparition des douleurs, règles plus irrégulières qui augmentent en abondance et en durée. Ce trouble fonctionnel d'origine ovarienne prend aux yeux de la jeune fille un caractère de gravité qui l'obsède. Elle finit par trouver un chirurgien qui porte le diagnostic de kyste de l'ovaire (il s'agissait en réalité d'ovaires à petits kystes) et lui enlève pour la guérir son utérus et ses ovaires. Cette jeune fille n'avait pas encore 30 ans. Elle a actuellement 45 ans. Il y a seize ans que sa vie est une sorte de martyre^e; car dans les années qui ont suivi cette malencontreuse opération, les douleurs et surtout les accidents spasmodiques se sont accentués. Le spasme intestinal entraîne une constipation opiniâtre prenant des allures pseudo-occlusives. On a parlé d'adhérences et on a fini par retourner dans cet abdomen pour les libérer, puis pour pratiquer une iléo-sigmoïdostomie qui n'a pas fait cesser ses misères. On lui a réséqué tout le colon jusqu'à l'angle gauche.

Après chaque opération, elle a profité de quelques mois de tranquillité ; mais reprise des mêmes douleurs, des mêmes accidents spasmodiques, elle fut opérée à nouveau pour libérer des adhérences tout d'abord et ensuite pour élargir son anastomose. Que sais-je ? En 1934, j'ai dû, après une mise en observation qui n'a pas duré moins de quatre à cinq semaines, réintervenir pour un rétrécissement cicatriciel de la bouche iléo-sigmoïdienne qui ne laissait plus passer un crayon de calibre moyen. J'ai eu la chance de pouvoir réussir une anastomose terminotermale iléo-sigmoïdienne qui a rétabli le calibre de l'intestin. Mais je n'ai en rien modifié l'élément spasmodique, ni l'élément douleur qui ont seulement changé de caractère.

Voilà le type de la déséquilibrée sympathique. Pas un des organes dont le bilan a pu être fait, n'est malade, mais la dysharmonie règne en maîtresse : hypotendue, sans appétit, mangeant à peine, elle présente en même temps une dépression nerveuse qui la classe par certains côtés dans le domaine de la pathologie mentale.

Observation II

Mme M..., 45 ans, opérée en 1928 pour cholécystite calculieuse (ville),

A été très bien jusqu'en 1933, époque à laquelle sa situation change : perte de fortune, son mari est obligé de reprendre du service au Maroc, elle écrit à ce moment que le climat du Maroc ne lui réussit pas ; elle souffre beaucoup, 20 crises de foie en 20 jours de suite, ces crises durent 5 à 6 heures. Le côté droit est très douloureux, aussi se décide-t-elle à revenir en France.

Les conditions de vie de la malade changent, en même temps tous les symptômes disparaissent.

Revue en 1937 : femme en parfait état sauf quelques troubles d'arythmie qui n'ont rien à voir avec les troubles qu'elle a présentés.

Observation III

Mme N..., 37 ans. Cholécystite calculieuse, cholécystectomie le 27 octobre 1932.

Malade âgée de 37 ans, opérée pour cholécystite calculieuse, calculs visibles à la radiographie sans tétraiode, vésicule exclue.

A noter chez elle des crises d'une très grande violence avec frissons, signes douloureux extrêmement marqués allant jusqu'à la syncope et cependant sans aucun vomissement, aucune

température, et dont l'explication nous est fournie par le tempérament de la malade.

C'est en effet une malade qui avait un peu souffert du ventre, et pour cela était allée consulter un gynécologue en 1921, alors qu'elle avait des règles normales, aucune perte, aucune température et qui, à l'âge de 28 ans, lui fait une hystérectomie avec ablation des ovaires.

A la suite de cette mutilation, elle a des suites mouvementées puisqu'on doit lui faire une incision iliaque droite et lui extérioriser l'intestin.

En tous cas, si on laisse de côté ces accidents, on peut dire qu'elle a eu des troubles effroyables après sa castration. Et 9 ans après, on la trouve encore avec des angoisses, un caractère qui a beaucoup changé, des idées de suicide, le tempérament expliquant parfaitement l'intensité des crises douloureuses.

Après l'opération qui fut faite en 1932, la malade fut soulagée au début, mais ne tarda pas à retrouver toute une série de douleurs abdominales variées qui se caractérisèrent par des douleurs dans la région opérée, par des douleurs à distance et des troubles spasmodiques tels qu'un jour on fut appelé pour un syndrome de fausse occlusion intestinale qui se passa d'ailleurs très bien.

Ces troubles douloureux d'ordre sympathique persistent depuis son opération et font considérer par la malade le résultat opératoire comme nettement peu satisfaisant.

Tels sont ces exemples, que l'on pourrait multiplier, du rôle indéniable et considérable du terrain dans le pronostic opératoire. Mais il est facile d'expliquer, il est plus difficile de prévoir et c'est pourtant ce qu'il faut arriver à faire si l'on veut améliorer les résultats de l'intervention, en écartant tous les cas où par suite du terrain elle sera immanquablement vouée à l'échec.

Quels éléments d'appréciation avons-nous de ce terrain chirurgical, en d'autres termes existe-t-il des tests qui chez de telles malades nous guident pour établir le bilan de leur système neuro-végétatif ?

Il en est un surtout, c'est le *réflexe oculo-cardiaque*. Il est classique de distinguer d'après lui des types vagotoniques, sympathicotoniques, indifférents. Il est classique aussi de superposer à ces modes divers de réponse des tableaux cliniques particuliers réalisant la constitution vagotonique, la constitution sympathicotonique. Mais l'expérience prouve que cette discrimination est bien souvent schématique et d'un intérêt relatif si on la considère d'une façon trop rigoureuse. Nous considérons la réponse du réflexe oculocardiaque comme discutable lorsqu'il s'agit de bâtir un type clinique, comme primordiale au contraire lorsqu'il s'agit de faire l'expertise de l'état fonctionnel du système végétatif. Le sens de cette réponse enfin, peut varier pour un même individu, à des périodes différentes. Un tel individu à réaction intense mais variable dans son sens entre dans le cadre de la *constitution neurotonique*. Ce qui doit donc surtout compter, c'est *l'importance du déséquilibre* dans un sens ou dans l'autre. Elle est la preuve d'un dysfonctionnement neuro-végétatif, elle est un des éléments de détermination du terrain chirurgical, un des éléments de pronostic opératoire.

L'étude du réflexe oculocardiaque est donc, mal-

gré l'imperfection des déductions qu'on en peut faire, un élément important de la détermination du terrain. Avec notre maître Desmarest nous attribuons aussi une certaine valeur à l'amplitude exagérée des battements aortiques comme signe de sympathicotonie, de même à certains tests périphériques, tels que le dermatographisme. Mais dans tous ces cas, bien des facteurs s'enchevêtrent : facteur humoral, facteur endocrinien, facteur neuro-végétatif. L'essentiel *n'est pas d'expliquer* directement ces phénomènes, mais de *les constater* et de mettre ainsi en valeur autant qu'il est possible le mode de réponse du sujet considéré et l'intensité de cette réponse.

Nous ne discutons pas les indications formelles de la cholécystectomie, nous considérons comme acquis que toute vésicule exclue doit être enlevée, mais intervenir en dehors de lésions indiscutables chez une malade à sensibilité exagérée, c'est risquer d'aboutir à l'échec. Et c'est alors que l'étude des tempéraments devra, s'ajoutant aux tests précédents nous aider à déceler ces terrains sensibilisés chez qui tout s'extériorise par des signes en disproportion manifeste avec les lésions déterminantes, chez qui par suite l'opération risque d'être sans bénéfice. Enumérer et décrire les divers tempéraments serait tout de même nous écarter quelque peu du sujet et nous ne voulons insister que sur un type individualisé par Corman, le type *catabolique* : l'élément spasmodique, l'élément douloureux est en dis-

proportion énorme avec la cause déclanchante. Un élément psychique peut y ajouter sa note. Ce sont des malades chez lesquels il faut réduire au minimum les interventions chirurgicales en dehors d'une indication formelle l'acte chirurgical est, au minimum inutile, non suivi d'amélioration, plus souvent nuisible, suivie d'exacerbation des signes.

Ce sont des malades qu'il faut savoir reconnaître : sinon on risque d'être entraîné d'intervention en intervention d'un échec à un autre.

CONCLUSIONS

1) De tous les signes qui permettent de poser le diagnostic de cholécystite chronique, les signes physiques seuls sont de toute valeur, en particulier tubage et cholécystographie.

2) Seuls tubage et cholécystographie permettent d'établir des indications opératoires.

3) Les indications de la cholécystectomie doivent être rigoureusement délimitées si l'on veut obtenir un bon résultat.

a) la cholécystectomie sur vésicule exclue est suivie de succès, réserve faite de quelques séquelles possibles, liées en particulier au terrain opératoire. Ce résultat très favorable est absolument indépendant de la nature de la cholécystite. Seule compte l'exclusion vésiculaire ;

b) lorsque la vésicule n'est pas exclue, le résultat est d'autant meilleur que la lésion anatomo-physiologique est plus importante et que les S. F. sont moins marqués ;

c) le résultat est pour ainsi dire toujours très défavorable lorsqu'il s'agit d'une lésion vésiculaire minime avec tableau fonctionnel marqué.

4) En étudiant les échecs ou les résultats non parfaitement satisfaisants à la lueur des indications précédentes, on constate :

a) que le rôle des adhérences dans les phénomènes douloureux post-opératoires ne doit pas être considéré comme très important, ceci étant prouvé :

— par l'existence de nombreux cas à adhérences très étendues ne s'accompagnant d'aucune séquelle douloureuse ;

— par l'échec fréquent des réinterventions pour libération ;

— par le fait que certains malades porteurs d'adhérences indiscutables ne souffrent que par périodes, ces périodes coïncidant très souvent avec des crises morales, donc totalement indépendantes de l'intervention incriminée.

Ce rôle des adhérences est encore diminué par certains détails de technique opératoire : fermeture sans drainage ou avec drainage minimum, cholécystectomie sous-séreuse aussi souvent qu'elle sera possible, cette technique permettant de réaliser l'idéal de la chirurgie abdominale, la péritonisation.

b) Que beaucoup de séquelles humorales sont liées à la participation du parenchyme hépatique et pancréatique dans le syndrome pré-opératoire, participation dont il importe de préciser le degré avant d'opérer, si l'on veut présumer exactement du résultat.

c) Que les séquelles douloureuses, en dehors des

cas indiscutables mais rares où elles sont dues aux adhérences doivent être attribuées :

1° Aux répercussions même de la cholécystectomie lorsque celle-ci porte sur une vésicule encore valable physiologiquement. La durée de ces troubles est variable : d'autant plus courte que la vésicule enlevée était plus malade.

2° Au terrain.

5) L'étude de ce *terrain* doit jouer, lorsque les indications opératoires ne sont pas formelles, un rôle considérable. On sera alors assez fréquemment amené à rejeter une intervention dont la malade espère à tort beaucoup et dont les résultats formellement prévisibles ne peuvent être que nuisibles ou, au minimum, très incomplets.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*

CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI. — Cours inaugural 1936.
- BACHY (G.). — De la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire (indications, résultats). Thèse de Paris 1912-1913.
- BAINBRIDGE. — Psychiatrie et chirurgie. Presse Médicale, 21 décembre 1929.
- BÉCLÈRE. — Diagnostic des séquelles de la cholécystectomie. Journal de Radiologie et Electrologie. T. XVI, N° 10, Octobre 1932.
- BÉCLÈRE. — Le radiodiagnostic des séquelles de la cholécystectomie. Nutrition, 1932, N° 4.
- BINET et JAHIEL. — Le syndrome hépato-endocrinien. Gazette Méd. de France, 1^{er} mars 1934.
- BUCALOSSI. — Recherches expérimentales sur la cholécystectomie. Clinica chir. (Pise), février 1933.
- BUISSON (P.). — Sur l'interprétation du cholécystogramme négatif. Presse médicale, 6 sept. 1933, N° 71.
- CANTAROW, GARTMAN et RICCHIUTTI. — La fonction hépatique, effets de la cholécystectomie. Archives of Surgery (Chicago). Vol. 30, N° 5, Mai 1935.
- CARNOT et LIBERT. — Applications pratiques du tubage duodénal au diagnostic et au traitement. J. de Méd. Chirur. pratique, 10 avril 1922, p. 229.
- CASTAIGNE. — Persistance de crises douloureuses après interventions chirurgicales pratiquées pour cholécystites calculieuses. Journal Médical Français, avril 1914, N° 4.
- CHIRAY et LEBON. — Le tubage duodénal. Masson, 1924.

- CHIRAY (M.) et MILOCHEVITCH. — Diagnostic et traitement des maladies de la vésicule biliaire par l'excrétion vésiculaire provoquée.
- CHIRAY (M.) et PAVEL (I.). — La vésicule biliaire. Masson, 1927.
- CLURE (Mc.). — Post-operatives complications of cholecystectomy. *Annals of surgery*, 1929.
- DAHL-IVERSON. — Etude expérimentale de l'influence de la cholécystectomie sur les voies biliaires et la sécrétion gastrique. *Lyon Chirurgical*, 1924.
- DAMADE (R.). — Le tubage duodénal. *Gaz. des Hôpitaux*, 26 avr. 1922, p. 106.
- DEAVER (J.-B.). — Operation et reoperation for gallstone disease. *The journal of the american Med. Assoc.*, 17 avril 1920.
- DEBRAY (G.). — La cholécystectomie sous-séreuse sans drainage. Thèse, Paris, 1930.
- DEBREZ. — L'ictère dans les suites de la cholécystectomie. *Archives franco-belges de Chirurgie*, 1927.
- DELORE et COTTE. — Etude de l'excrétion biliaire après cholécystectomie. *Revue de chirurgie*, 1911, T. 2, p. 33 à 47.
- DESMAREST. — De la cholécystectomie sous-séreuse sans drainage. *Journal de chirurgie*, T. XXX, N° 6, 1927.
- DOMAING. — Cholécystectomie^e: récurrence calculeuse: ictère par calcul. *Zentralblatt für chirurgie*, 7 juillet 1934.
- DONNET (J.-V.). — Pathogénie des séquelles de la cholécystectomie. *Nutrition*, 1932, N° 4.
- DUCLOS (J.). — Résultats immédiats et éloignés des interventions sur les voies biliaires. Thèse de Lyon, 1926.
- DUFOURT (P.) et ROUBEAU (H.-G.). — Congrès de Vichy.
- EISS. — Modifications du système biliaire après cholécystectomie. *Annals of surgery*, février 1935.

FIESSLY. — (Lausanne.) Effets cholécystokinéthiques du repas de Boyden. Soc. Méd. des Hôp., 11 juin 1926.

FRIEDRICH (L.-V.). — Les troubles consécutifs à la cholécystectomie, leur analyse, leur traitement. Rev. Méd. Chir. des M.F.P.R., mai-juin 1936.

GALLARD-MONES. — Les séquelles de la cholécystectomie (école de pathologie digestive de l'hôpital Santa Cruz de Barcelone, 1933). Gaceta Medica espanola et Congrès de la lithiase biliaire, Vichy.

GALLARD-MONES. — Réponse de la vésicule biliaire aux diverses excitations avec l'aide de la cholécystographie. Gaceta medica espanola, An. 9, N° 6, mars 1935.

GARCIN. — Technique et valeur de la cholécystographie. Marseille Médical, 15 juin 1933.

GIRAUD (G.). — Les séquelles de la cholécystectomie. Thérapeutique médicale et hydrologique, Nutrition, 1932, N° 4.

GOLDBERG (R.). — Les séquelles de la cholécystectomie. La Pratique Médicale Française, juillet 1935, A et B, N° 9.

GOSSET (A.). — Sur les indications de la cholécystectomie. Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., 5 avril 1922.

GOSSET (A.) et DESMAREST (E.). — Les artères de la vésicule et la cholécystectomie. Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., 1911, p. 15.

GOSSET et LOEWY. — Valeur diagnostique de l'exploration des voies biliaires au moyen du tubage duodénal. Bull. et M. Soc. Nat. Chir., 15 février 1922.

GOSSET (A.) et PETIT-DUTAILLIS. — Séquelles de la cholécystectomie, indications chirurgicales. Congrès Vichy, 1932.

GOSSET (A.) et PETIT-DUTAILLIS (D.). — Séquelles de la cholécystectomie. Nutrition, 1932, N° 4.

GOWAN, BUTSCH, WALTERS. — La pression dans le cholédoque : ses relations avec la douleur après cholécystectomie. The Journ. of the american Med. Assoc., 27 juin 1936, N° 26.

- GRAHAM et WATERS. — Les facteurs importants du traitement de la cholécystite. *Annals of Surgery*, juin 1934.
- GUTMANN (A.). — Les séquelles de la cholécystectomie. *Le Phare Médical de Paris*, avril 1934.
- GUTMANN (R.). — Pourquoi certains malades continuent-ils à souffrir après la cholécystectomie. *La Médecine*, juillet 1929.
- GUTMANN (R.). — Sur les séquelles de la cholécystectomie. *La Prat. Méd. Française*, février 1933.
- HIMANS (J.). — Results of cholecystectomy with particular reference of dilatation of the common duct. (*Boston medical and surg. Journal*, 1920, p. 283.
- HARTMANN. — Communication au Congrès de Vichy.
- HARTMANN et PETIT-DUTAILLIS (D.). — Les suites éloignées de la cholécystectomie. *Journal de Chirurgie*, 1922, N° 4, T. XX.
- JAHIEL (R.). — Les étapes génitales de la lithiase biliaire. *Presse Méd.*, 1^{er} juillet 1936, N° 53.
- JAHIEL (R.). — Sur une cause de séquelles hépatiques après les opérations sur la vésicule biliaire, sensibilisation du foie. Réactions hépatiques d'origine endocrinienne. *Presse médicale*, N° 17, 1933.
- JAHIEL (R.). — Thérapeutique des manifestations du choc cataménial. *Monde Médical*, 15 octobre 1936.
- JOHNSON et PEARRE. — A clinical study of the results of 470 operations on the gall bladder. *South medical Journal*, déc. 1926.
- JOHNSTON, RAVDING, RIEGEL et ALLISON. — Etude de la fonction vésiculaire. *J. Clin. Investigation*, janvier 1933; *American Journ. of Physiology* 1932, p. 638-648-656. N° 26.

- KIPP (H.-A.). — Les variations de pression de la bile dans les voies extrahépatiques. *The Journ. of the american Med. Assoc.*, juin 1936, N° 26.
- KIPFER (M.). — L'épreuve des concentrations galactosuriques. *Cahiers de gastro-entérologie*, 15 nov. 1936.
- LAMBRET. — (Lille.) Communication au congrès de Vichy.
- LARRU. — La cholécystographie pour l'étude de l'évacuation de la vésicule biliaire et des cholécystokynétiques. *Annales del Hospital de San Jose y Sante Andela*. Madrid, Volume 5, 1933-1935.
- LIBERT. — Le tubage duodénal. Thèse Paris, 1924.
- MALLET (Guy). — Communication au congrès de Vichy.
- MALLET (Guy-P.) et PONTIUS (P.). — Recherches expérimentales sur le transit biliaire normal et pathologique. *R. Méd. chir. des mal. F.P.R.*, 1933, T. 8, p. 5.
- MARTEL (DE Th.). — Séquelles de la cholécystectomie. Communication Congrès de Vichy.
- MIRIZZI (L.). — La cholegeiographie dans les séquelles post-opératoires de la lithiase biliaire. *Revue Sud-Américaine de Méd. Chir.*, avril 1933.
- NEMOURS (A.). — Examen radiologique de la vésicule biliaire. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Paris*, 24 déc. 1927.
- ODDI. — Effetti dell'estirpazione della cistifellea. *Archives italiennes de biologie*, T. X, p. 425.
- OLCH ISAAC. — (St Louis) An analysis of 100 cases diagnosed with cholecystography and treated by cholecystectomy, in wich the end results were investigated. *American journal of the medical sciences*, mars 1927.
- PARTURIER. — Syndrome hépato-ovarien. *Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas, de la rate*. T. 9, 1934, p. 237.
- PAVEL. — (Bucarest). Communication au Congrès de Vichy.

PETIT-DUTAILLIS (D.). — Etude des suites éloignées de la cholécystectomie pour cholécystite d'après 100 opérés revus. Thèse de Paris, 1922.

PETIT-DUTAILLIS (D.). — Les séquelles de la cholécystectomie. Bulletin Médical, 1925, N° 44.

PREVITERA. — Quelques observations éloignées sur les fonctions du foie après cholécystectomie pour lithiase biliaire. Soc. Lombarde de Chirurgie, 28-2-36.

PRIBAM. — (Berlin). Communication au Congrès.

PUESTOW et MONISON. — Relation de la cholécystite et de la cholécystectomie avec dilatation °du canal °cholédoque. Annals of surgery, 1^{er} janvier 1935.

RABOUTET (J.). — Les troubles du transit intestinal consécutifs à la cholécystectomie. Thèse Paris, 1929.

RAULOT-LAPOINTE. — Cholécystographie. R. Med. Chir. m. F.P.R., T. 7, p. 198.

RICHARD, CATELL et KIEFFER (de Boston). — Echecs après cholécystectomie, R. M. Chir. m. F.P.R., T. 6, p. 241.

ROUILLARD (J.). — Un nouveau procédé d'exploration de la sécrétion biliaire par le tubage duodénal associé à l'injection intra-duodénale de sulfate de magnésie. Presse Médicale, N° 2, 1924.

SANDERS. — The end results in 500 cases of cholecystectomy. Annals of surgery, 1930.

SCHIASSI (B.) (Bologne). — La calculose de la vésicule biliaire. Journal de chirurgie, janvier 1934.

STEDEN. — Les douleurs récidivantes après cholécystectomie calculeuse et non calculeuse. Deutsche Zeitschrift fur Chir., Tome 186, N° 1-2.

STEPH. — Deutsche Med. Woch, 1918, N° 43.

STOIA et STANCIULESCU. — Calculose biliaire hépatique après cholécystectomie. Spitalul (Bucarest), N° 1, janvier 1935.

- SUTTON. — Altérations des conduits biliaires intrahépatiques après cholécystectomie. *Annals of surgery* N.-York, janvier 1930.
- TIXIER (Lyon). — De la cholécystectomie sous-séreuse dans l'opération de Kehr. (Communication Congrès de Chirurgie, 1908.)
- VAN DER ELST (Luc). — Nouvelles données expérimentales sur la physiopathologie de la vésicule biliaire. *Presse médicale*, N° 27, 3 avril 1935.
- VILLARD (Lyon). — Communication congrès de Vichy.
- WEIR. — Symptômes persistants après cholécystectomie. *The Journ. of the American Medical association*, 5 octobre 1935.
- WHITE et RIDDICK. — Persistence of symptoms after cholecystectomy. *South Med. Journal*, 1928, p. 857.
- WILKIE (D.-P.) (Edinburgh). — The after results of cholecystectomy. Congrès de Vichy, 1932.

